

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

VIII MESTRADO EM INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL NASAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL

Conforme Registo na DGES nº. R/B-AD917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Do outro lado

Avaliação da qualidade na ótica do utente

Dissertação de Mestrado apresentada por :

Sandra Isabel Moura Pereira

Nº : m7558

Orientador : Professor Doutor Paulo Sousa

(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri)

Lisboa

Setembro de 2012

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

VIII MESTRADO EM INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL NASAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL

Conforme Registo na DGES nº. R/B-AD917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Do outro lado

Avaliação da qualidade na ótica do utente

Dissertação de Mestrado apresentada por :

Sandra Isabel Moura Pereira

Nº : m7558

Orientador : Professor Doutor Paulo Sousa

(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri)

Lisboa

Setembro de 2012

Agradecimentos

Aos meus Pais, por me terem ensinado a ser persistente e a lutar pelo meus
sonhos;

Ao Nuno, pelo companheirismo, incentivo e paciência demonstrado ao longo
da construção deste trabalho;

Ao Dinis, pelos longos momentos de ausência, mas que serão
recompensados;

Ao Professor Doutor Paulo Sousa, pela sua disponibilidade, orientação e
apoio, contribuindo para o meu percurso formativo;

À Professora Carina Fortes, pela disponibilidade e orientação no tratamento
dos dados deste trabalho;

À São e ao João, pela amizade e apoio permanente ao longo de todo este
percurso.

Resumo

Do outro lado – Avaliação da qualidade na ótica do utente

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente a avaliação da satisfação dos utentes nas instituições de saúde, é hoje uma realidade.

O objetivo desta investigação foi avaliar o grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados de enfermagem .

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo sido aplicado no dia da alta um questionário a 46 utentes.

Como principais resultados, destacamos que:

63% dos utentes se encontravam muito satisfeitos e 32,6% satisfeitos

Os scores mais elevados, dizem respeito à informação dada pelos enfermeiros relativamente à medicação e exames (94,3%) e ao acolhimento (91,7%),

O score mais baixo relaciona-se com a comunicação da alta no próprio dia (48,7%),

Os fatores negativos referidos pelos utentes são o ruído excessivo e a pouca comunicação por parte de alguns enfermeiros.

Podemos concluir que a população se encontra satisfeita com os cuidados de enfermagem prestados ao longo do internamento.

Palavras chave : Qualidade em saúde, satisfação do utente, cuidados de enfermagem

Abstract

The other side – Evaluation of the quality in the optics of the usuary

The evaluation for quality of care, precisely the evaluation of satisfaction of healthcare users in health institutions is today a reality.

The objective of this investigation was to evaluate the level of satisfaction of users relative to nursing care.

This was a descriptive study, cross-sectional with a quantitative and qualitative approach that was given the day of discharge via a questionnaire to 46 users.

We highlight the following results:

63% of users were very satisfied and 32,6% were satisfied,

The highest level of satisfaction were for information given by the nurses relative to medication and exams (94,3%) and reception (91,7%),

The lowest scores were for communication of discharge on that day (48,7%),

The negative factors voiced by the users were excessive noise and poor communication by some nurses.

We can conclude that the population is satisfied with the nursing care provided over the period of hospitalization.

Key words: Health quality, user satisfaction, nursing care.

Índice Geral

Introdução.....	14
Capítulo I – Enquadramento conceptual.....	17
1.1 – Qualidade em Saúde.....	17
1.1.1 – Evolução do conceito de qualidade.....	17
1.1.2 – A qualidade nos serviços de saúde.....	21
1.1.3 – Avaliação da qualidade em saúde.....	26
1.2 – Satisfação do utente.....	31
1.2.1 – Conceito de satisfação.....	31
1.2.2 – Contributos teóricos para a compreensão da satisfação	34
1.2.3 – Satisfação e expectativa.....	36
1.2.4 – Fatores contributivos para a satisfação.....	37
1.2.5 – Avaliação da satisfação.....	40
1.3 – Cuidar em enfermagem.....	45
1.3.1 - Da origem à enfermagem de hoje.....	45
1.3.2 - Padrões de qualidade na prática da enfermagem.....	49
Capítulo II – Metodologia.....	52
2.1 - Caracterização da unidade hospitalar em estudo.....	53
2.2 – Formulação dos objetivos e das questões de investigação.....	54
2.2.1 – Objetivos.....	54
2.2.2 – Questões de investigação.....	56

2.3 – Tipo de estudo.....	56
2.4 - Variáveis.....	58
2.4.1 – Variável dependente.....	58
2.4.2– Variável independente.....	58
2.5 – População do estudo.....	60
2.6 – Instrumento de recolha de dados.....	61
2.6.1 –Construção do questionário.....	62
2.6.2 – Pré – Teste.....	65
2.7 – Recolha de dados.....	66
2.8 – Tratamento e análise dos dados.....	67
 Capítulo III – Apresentação dos resultados.....	 69
3.1 – Caracterização da população.....	69
3.2–Fatores influenciadores da satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem, percecionados pelos utentes.....	75
3.2.1 – Aspetos estruturais e de organização dos serviços...	77
3.2.2 – Aspetos técnicos.....	79
3.2.3 – Aspetos relacionais.....	81
3.3 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao internamento atual.....	82
3.4 – Análise da Correlação entre variáveis.....	83
3.5 – Análise de conteúdo.....	86
 Capítulo IV – Discussão dos resultados.....	 90
 Capítulo VII – Conclusão.....	 96

Plano de intervenção socio-organizacional para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, num serviço de Pneumologia de um Hospital Universitário de Lisboa	98
Bibliografia	101

Anexos

Anexo I – Instrumento de colheita de dados.....	109
Anexo II – Consentimento informado.....	115
Anexo III – Pedido de autorização para aplicação do questionário à Direção dos Serviços de Enfermagem	117
Anexo IV – Pedido de autorização para aplicação do questionário à administração do CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte).....	120
Anexo V – Autorização da direção dos serviços de enfermagem para aplicação do questionário.....	123
Anexo VI – Autorização da Administração do CHLN para aplicação do questionário.....	125
Anexo VII – Parecer da Comissão de ética relativamente à aplicação do questionário.....	127

Apêndices

Apêndice I – Principais resultados de Output relativamente

ao questionário.....	130
----------------------	-----

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição da população relativamente à idade 70

Gráfico 2 – Distribuição da população relativamente ao tempo
de internamento e ao serviço onde se encontra internado 74

Gráfico 3 – Distribuição da população relativamente ao local das
hospitalizações 75

Índice de Tabelas

Tabela 1 –Distribuição da população relativamente ao sexo.....	69
Tabela 2 – Distribuição da população relativamente ao estado civil	70
Tabela 3 –Distribuição da população relativamente ao nível de escolaridade	71
Tabela 4 – Distribuição da população relativamente à situação profissional	71
Tabela 5 – Distribuição da população relativamente às pessoas com quem vive	72
Tabela 6 – Distribuição da população relativamente ao internamento atual	72
Tabela 7 – Distribuição da população relativamente ao tempo de internamento	73
Tabela 8 – Distribuição da população relativamente à existência de hospitalizações anteriores.....	74
Tabela 9 – Ordenação decrescente dos aspetos estruturais e de organização do serviço de acordo com o grau de satisfação.....	78
Tabela 10 – Ordenação decrescente dos aspetos técnicos de acordo com o grau de satisfação.....	80
Tabela 11 – Distribuição da população relativamente à informação da alta no próprio dia.....	81
Tabela 12 – Ordenação decrescente dos aspetos relacionais entre utente e enfermeiros que influenciam o grau de satisfação.....	81
Tabela 13 – Distribuição da população relativamente ao grau de satisfação no internamento atual.....	83
Tabela 14 – Correlação entre o grau de satisfação e os aspetos estruturais e de organização.....	84
Tabela 15 – Correlação entre o grau de satisfação e os aspetos técnicos.....	85

Tabela 16 – Correlação entre o grau de satisfação e os aspetos relacionais.....	85
Tabela 17 - Distribuição das Unidades relativamente aos fatores que contribuíram para a satisfação do utente em relação aos enfermeiros.....	87
Tabela 18 - Distribuição das Unidades relativamente aos fatores que o utente considerou negativos ao longo do internamento.....	88
Tabela 19 - Distribuição das Unidades relativamente às sugestões para melhorar os aspetos considerados negativos.....	89
Tabela 20 – Plano de intervenção Socio-Organizacional para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na Pneumologia I.....	99

Abreviaturas e Siglas

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

E.P.E – Entidade Pública Empresarial

E.U.A. – Estados Unidos da América

I.C.N. – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDCA – Plan, Do, Check and Act

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

Numa sociedade em que o acesso à informação é cada vez maior e mais rápido, o cidadão tem um papel mais ativo e participativo no seu processo de saúde /doença, tornando-se cada vez mais exigente em relação aos cuidados prestados pelas instituições de saúde.

As organizações sentiram a necessidade de se readaptarem às novas exigências, fazendo ajustamentos das suas práticas de forma a irem ao encontro das expectativas dos seus utentes.

A avaliação da qualidade dos serviços e cuidados prestados até à década de oitenta, acentava essencialmente sobre os aspetos técnico-ciêntíficos dos profissionais, sendo pouco valorizado o que o utente procurava quando recorria às instituições.

No entanto ainda ao longo desta década o conceito de qualidade começou a ser mais abrangente, incluindo outras áreas até então não valorizadas, dando-se ênfase a aspetos da gestão dos cuidados de saúde direcionados para as expectativas dos utentes (Serapiori, 2009).

O contributo de Donabedian na área da qualidade em saúde foi sem dúvida de grande importância, construindo um sistema assente na triade: estrutura, processo e resultados.

A qualidade passou não só, a ser o resultado da existência de “bons recursos”, mas também os ganhos que se tinham a nível da saúde das populações como resultado das atividades empreendidas, dando valor às relações interpessoais e às expectativas dos utentes em relação aos cuidados que lhe eram prestados.

A avaliação da qualidade nesta área, passa necessariamente por aqueles a quem os serviços são direcionados. O facto de sabermos a opinião dos utentes, dá-nos a possibilidade de adaptar os nossos cuidados, como profissionais de saúde, indo assim ao encontro daquilo que eles esperam de nós e das instituições.

O utente torna-se assim, a peça chave de todo o processo, sendo a sua opinião fundamental para a organização e para a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados.

A Ordem dos Enfermeiros criada em 1998, reconhece como “legítimo indicador da qualidade dos cuidados” a satisfação dos utentes, sendo uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2005:52).

Apesar de no último ano ter sido criada uma caixa de sugestões no Serviço de Pneumologia I, onde cada utente ou familiar coloca um questionário existente no serviço para avaliação da satisfação, os resultados desse mesmo questionário, ficam apenas restritos ao diretor do serviço e aos respetivos chefes de enfermagem. Este questionário apesar de abordar diversas dimensões, apenas avalia a satisfação de forma geral em cada uma delas.

Tendo em conta, que a avaliação da qualidade tem como principal objetivo a melhoria continua, considerámos importante a realização de um estudo direcionado especificamente à intervenção dos enfermeiros na sua prática diária, tendo sido colocada a seguinte pergunta de partida: Qual será a perceção do utente em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Pneumologia I ?

Considerando a satisfação como indicador da qualidade, a perceção dos utentes será recolhida através da avaliação da sua satisfação, tendo sido estipulado como objetivo geral:

- Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspetiva dos utentes internados no Serviço de Pneumologia I.

Para tal, construiu-se um questionário, o qual foi aplicado a 46 utentes internados no serviço.

Este estudo não pretende apenas recolher informação relacionada com a satisfação dos utentes, mas também contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Pneumologia I.

O trabalho apresentado tem início com o “estado da arte”, onde serão abordados os temas que irão sustentar toda a investigação e que são o resultado da revisão bibliográfica efetuada. Segue-se a metodologia onde será apresentado o desenho do estudo; a apresentação e discussão dos resultados; as principais conclusões e por fim a apresentação do plano de intervenção socio-organizacional direcionado para a prática.

Pensamos que este estudo poderá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, enriquecendo a nossa atividade diária através de intervenções direcionadas para as necessidades e expectativas daqueles que cuidamos todos os dias, tornando-os elementos ativos em todo o processo.

Capítulo I – Enquadramento conceptual

1.1 – Qualidade em saúde

1.1.1- Evolução do Conceito de qualidade

Apesar de ser apenas na década de 50 do século passado que o movimento pela qualidade teve maior desenvolvimento, este conceito remonta à antiguidade.

Por volta do ano 2150 a.C., o código de Hamurabi, tinha em conta a preocupação com a qualidade das construções das habitações, punindo os construtores daquelas que caíssem (Oliveira, 2004). Os fenícios amputavam a mão do artesão que fabricasse produtos fora das especificações governamentais (Oliveira, 2004), os romanos faziam “registo da eficiência dos seus hospitais militares” (Sale citado por Fernandes, 2009:30) e já no reinado de Luis XIV, em França existiam critérios para a escolha de fornecedores e instruções “para a supervisão do processo de fabricação de embarcações” (Oliveira, 2004:3).

Ao longo dos tempos o conceito de qualidade tem evoluído, sendo hoje “considerada universalmente como algo que afeta a vida das organizações e de cada um de nós de forma positiva”, no entanto continua a ser “ fácil de reconhecer....difícil de definir” (Library Association citado por Gomes, 2004:7).

Foi com Deming nos anos 50 que o conceito de qualidade teve grande evolução, no entanto ao longo dos tempos diversos foram os autores que deram o seu contributo para a construção do que é a qualidade, nomeadamente na área da saúde.

Nascido em Iowa em 1900, Deming, completou os seus estudos em matemática e física, tendo no seu período de férias colaborado no estudo de Hawthorne (sobre comportamento organizacional). Neste estudo verificaram que os empregados motivados alcançavam níveis de produtividade mais elevados e que a origem dessa motivação estava relacionada com a “atenção dispensada por parte da gestão” e não com as recompensas monetárias ou de

progressão da carreira (Gomes, 2004:8). A participação neste estudo teve grande influência no pensamento de Deming relativamente à gestão da qualidade.

Trabalhou como matemático e consultor de amostragem no departamento dos Censos dos EUA, onde “aplicou de forma pioneira o processo de amostragem ao Censo de 1940” (Silva et al, 2004:36).

Através da influência de Shewart (estatístico que trabalhava nos laboratórios Bell), definiu a qualidade “como conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas” (Gomes, 2004:8), sendo a sua abordagem voltada para a utilização de informações estatísticas e métodos administrativos para a melhoria da qualidade (Silva et al, 2004).

Após a segunda guerra mundial foi convidado pelo Japão para ajudar a sua industria a mudar a perceção que o mundo tinha da sua produção, ou seja que não produzia imitações baratas mas que poderia produzir produtos inovadores e com qualidade (Silva et al 2004).

No entanto após alguns anos de experiência nesta área, Deming considerou que além de envolver os trabalhadores das linhas de produção, era necessário igualmente envolver a gestão em todo o processo (Gomes, 2004).

A reconstrução económica do Japão permitiu a Deming “revolucionar a gestão através da qualidade”, com a responsabilização direta dos gestores de topo, da existência de “treino em gestão da qualidade para todos os níveis e funções da organização, da melhoria da qualidade a um ritmo contínuo e veloz, envolvendo os trabalhadores na estratégia da qualidade “através da metodologia dos círculos de qualidade” (Oliveira, 2004:44-45).

Sugeriu o ciclo PDCA (Plan, Do, Check and Act), definido por Shewart mas aperfeiçoado por Deming como método de gestão da qualidade. Este mecanismo defende que todos os “processos devem ser continuamente estudados e planeados (incluindo modificações e melhorias), ter as mudanças implementadas e controladas (medição e observação dos efeitos)”, realizando posteriormente a avaliação dos resultados finais (Oliveira, 2004:6). O principal

objetivo é manter o processo em permanente atividade, aproveitando a avaliação efetuada para processos de melhoria, permitindo a sua evolução constante (Oliveira, 2004).

Para uma organização conseguir manter “a ênfase necessária na qualidade era imprescindível o empenho continuado da gestão de topo”. Sem a existência de “uma estrutura adequada que possibilitasse a transformação da própria organização de nada serviriam os esforços dos trabalhadores”(Gomes, 2004:9).

A qualidade segundo Deming citado por Silva et al (2004:38) deve “ser orientada para as necessidades presentes e futuras do consumidor”, começando por uma vontade surgida da gestão, “a traduzir depois em planos, especificações, testes e produção” (Silva et al, 2004:39).

Assim a filosofia de qualidade de Deming surge expressa em 14 princípios, direcionados aos gestores, dando à indústria uma “face mais humana” (Fernandes,2009:30), podendo ser aplicadas tanto a serviços, pequenas e grandes empresas (Gomes, 2004 e Silva et al , 2004).

Destes princípios destacam-se a melhoria contínua do processo produtivo, a instituição de programas de treino e formação, a substituição da supervisão pela liderança em todos os níveis hierárquicos e o envolvimento dos colaboradores no próprio processo de transformação da organização (Gomes, 2004 e Silva et al, 2004).

O trabalho de Deming foi muito importante para o desenvolvimento do conceito da qualidade, mantendo-se até hoje válidos os princípios que desenvolveu, no entanto a sua visão da qualidade baseava-se “exclusivamente nos aspetos técnicos do produto” (Gomes, 2004:11) tendo Juran nos anos 50 considerado que, a função que determinado produto iria ter, deveria ser tomada em consideração, levando à satisfação das necessidades do cliente (Fernandes, 2009).

Nascido em 1904 na cidade de Braila na roménia, em 1912, Juran, emigrou para os EUA (Estados Unidos da América). Formou-se em Engenharia

eletrotécnica, iniciando a sua carreira como gestor de qualidade na Wertern Electric Company em 1926 (foi nesta empresa que em 1927 ocorreu a experiência de Hawthorne onde Deming também esteve envolvido).

Assim como Deming, integrou a equipa que revolucionou o Japão no pós guerra, tendo igualmente grande influência no sistema de qualidade Japonês. Definiu dois grandes princípios para o alcance da qualidade, “adequação de um produto à sua utilização” e “ausência de falhas” (Gomes, 2004:11), dividindo o processo em três fases: planeamento da qualidade, controlo da qualidade e melhoria da qualidade (Gomes, 2004 e Silva et al, 2004).

A primeira fase: *planeamento da qualidade*, permite desenvolver produtos e processos, exigindo conhecimento sobre os clientes e as suas necessidades, definição de objetivos de qualidade, definição de medidas de qualidade, desenvolvimento de um plano de qualidade e disponibilização dos recursos necessários para operacionalização do plano efetuado inicialmente (Gomes, 2004 e Silva et al, 2004).

A segunda fase: *controlo da qualidade*, define as características a serem controladas, avalia as ações que têm por objetivo a melhoria da qualidade e implementa medidas corretivas (Gomes, 2004 e Silva et al, 2004).

Por último a terceira fase: *melhoria da qualidade*, estabelece a necessidade da existência de infraestruturas que levam à melhoria contínua da qualidade, “reduzindo os desperdícios, melhorando a satisfação dos empregados e dos clientes” (Gomes, 2004:13 e Silva et al, 2004).

Assim como Deming, Juran teve um importante papel na construção do conceito de qualidade, definindo melhoria como “a mudança benéfica organizada, obtendo níveis de desempenho sem precedentes” (Silva et al 2004:42). A melhoria, não é só vista nas aptidões dos produtos em si, mas também na ausência de deficiências nesse mesmo produto, pois “tanto as necessidades dos clientes como os custos competitivos são alvos em movimento” (Silva et al, 2004:42).

Em 1926 na Virginia, EUA, nasceu Crosby, o qual deu novo contributo para a teoria da qualidade, introduzindo o conceito de “zero defeitos ou produtos sem defeitos” (Gomes, 2004:13).

Tal como Deming, define a qualidade como a conformidade de um produto relativamente às suas especificações técnicas, no entanto, defende que o processo de produção deve dar origem a produtos sem defeito logo à primeira, evitando custos adicionais na correção de eventuais desvios do padrão inicialmente esperado.

Crosby defende que a falta de qualidade é da responsabilidade dos gestores e não dos trabalhadores das organizações. A qualidade deverá vir de cima para baixo através do exemplo, devendo ser criada dentro da organização uma “consciência coletiva de qualidade”, motivando os colaboradores para a produção com qualidade e reconhecendo esse esforço através da implementação de prémios (Gomes, 2004:13).

Os contributos dados para a construção do conceito de qualidade por Deming, Juran e Crosby, foram extremamente importantes, no âmbito industrial, sendo depois transportados para outras áreas como é o caso da saúde. No ponto seguinte será abordada o conceito de qualidade na saúde, esta área tão específica em que a qualidade não se aplica diretamente a produtos, mas sim aos serviços prestados na instituição.

1.1.2 – A qualidade nos serviços de saúde

A preocupação com a qualidade nos cuidados de saúde teve início com Donabedian na década de 60, através da criação de um modelo de avaliação da qualidade baseado na Teoria dos Sistemas (Adami, 1995), assente na triade: estrutura, processo e resultados (Donabedian citado por Ferreira, 1991 e Sousa, 2008).

Donabedian nasceu em 1919 em Beirute no Líbano, os seus pais eram Arménios, tendo deixado este país quando da guerra com a Turquia. Apesar

de ter crescido numa pequena cidade árabe na Palestina, Estudou na Universidade Americana em Beirute e quando a situação no Médio Oriente

após a segunda grande guerra se tornou muito difícil para o povo arménio ele e a sua família pediram asilo nos EUA (Suñol, 2000).

Nos EUA, manteve sempre contacto com os especialistas da área da qualidade da altura, tendo o Dr Rosenfeld, conceituado professor da Universidade de Michigan, pedido a tarefa de agregar num único documento tudo o que havia escrito até à altura na área da gestão da qualidade. Quando foi enviado para publicação foi considerado um clássico tendo sido na altura (1966) publicado no Milbank Memorial Fund Quarterly, considerando que Donabedian tinha dado um grande contributo para a gestão da qualidade relacionada com os cuidados de saúde. A partir desta altura, Donabedian dedicou a sua vida profissional à pesquisa e aperfeiçoamento da qualidade nos serviços de saúde (Suñol, 2000).

O seu modelo constituído pelas três zonas de medição da qualidade: estrutura, processo e resultados, tem sido desde essa altura uma abordagem para mensurar a qualidade dos cuidados de saúde, “assim como um instrumento para classificar programas de garantia de qualidade” (Ferreira, 1991:100; Westaway, 2003).

Donabedian considera *estrutura*, como as “características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados de saúde, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, e dos ambientes físicos e organizacionais em que trabalham” (Ferreira 1991:101; Silva, 1994, Adami, 1995 Westaway, 2003 e Sousa, 2008). Esta abordagem tem por base o “pressuposto de que boas condições” nas características indicadas anteriormente leva a “um melhor processo de cuidados” e a melhores resultados (Ferreira, 1991:101 e Adami, 1995).

No entanto Greene citado por Ferreira (1991) refere que, se abordarmos a qualidade apenas do ponto de vista da estrutura podemos chegar a conclusões que não são totalmente reais, pois estas características deverão ser avaliadas tendo em conta os resultados obtidos contribuindo assim para a melhoria efetiva da qualidade nas organizações que prestam cuidados de saúde.

Processo, consiste no “conjunto de atividades que se desenvolvem entre prestadores de cuidados e doentes” (Ferreira, 1991:101; Silva, 1994, Adami, 1995, Westaway 2003 e Sousa 2008), sendo as suas variáveis aquelas que “descrevem o que é feito pelos profissionais aos doentes desde a admissão até á alta” , incluindo a sua preparação (Ferreira, 1991:102).

Resultado, é a “alteração no estado de saúde atual ou futuro de um doente que possa ser atribuída a anterior prestação de cuidados de saúde” (Ferreira,1991:103; Silva, 1994, Adami, 1995, Westaway 2003 e Sousa, 2008).

Donabedian, citado por Adami, refere que “ o melhor cuidado é o que maximiza o bem estar do paciente, levando em conta o balanço dos ganhos e perdas esperados que acompanham o processo do cuidado em todas as etapas” (1995: 49)

Poderemos então considerar que para a existência de qualidade teremos de diminuir as probabilidades de erro e aumentar as de êxito (Adami, 1995), através da melhoria do estado de saúde do utente, da sua qualidade de vida após o episódio de doença e da sua satisfação em relação aos cuidados que lhe foram prestados na instituição (Ferreira, 1991; Adami,1995; Sousa, 2008).

No entanto a avaliação da qualidade em saúde será abordada isoladamente no próximo ponto deste enquadramento, por ser um tema fundamental para o desenvolvimento do estudo proposto.

Da pesquisa efetuada é universal entre os autores consultados de que a qualidade dos cuidados de saúde é realmente um conceito difícil de definir, o que poderá ser qualidade para os profissionais de uma instituição poderá não ser para os utentes que aí recebem esses mesmos cuidados.

Ferreira diz-nos que, partindo do “pressuposto que o conceito de qualidade é subjetivo, é de esperar que varie consoante seja definido e aplicado por um clínico, por um doente, por um gestor ou por uma autoridade regional de saúde”, considerando que a qualidade deverá ser então o “equilíbrio entre todas estas perpectivas” (2000:54).

Utentes e profissionais estão preocupados com os resultados; numa instituição de saúde onde se dá real importância à qualidade, a sua definição para ambos torna-se coincidente, pois se o contrário se verificar os utentes irão provavelmente ficar insatisfeitos. Assim, é importante haver uma semelhança entre os serviços prestados nas instituições de saúde e as expectativas que os utentes têm desses mesmos serviços (Martin, 2004).

O mesmo autor apresenta-nos as preocupações sobre a qualidade relativamente às partes intervenientes em todo este processo:

Para os *utentes* dos serviços, a qualidade diz respeito ao acesso a esses mesmos serviços, à qualidade da experiência, ao tempo de espera e à envolvente de cuidados e de apoio; relativamente aos *prestadores* a qualidade é vista como a excelência profissional, a preocupação com os utentes e a eficiência; as *entidades que contratam os serviços* estão focalizadas no número de utentes que recebem assistência relativamente à procura, no número de reclamações, no custo por episódio ou tratamento, atenção para com os utentes que recebem os cuidados e a informação sobre a qualidade e por fim; o *público em geral* dá importância à equidade e ao valor em termos de custo dos cuidados de saúde a que recorre (Martin, 2004).

A existência da preocupação com a qualidade e com a implementação de programas que promovam a sua melhoria contínua, torna-se importante não só apenas para o utente, mas também para os profissionais e para a própria instituição, ajudando na redução de custos (Martin, 2004).

Juran citado por Silva, refere que o planeamento da qualidade deverá incluir diversas fases : saber quem são os utentes; “determinar as suas necessidades, traduzir essas necessidades em linguagem da organização; desenvolver características do produto que respondam otimamente a essas necessidades; desenvolver um processo que seja capaz de produzir essas características” e por fim “transferir o processo para a realidade” (2004:62).

Para o utente, o facto de se deslocar a uma instituição de saúde para receber cuidados, poderá desenvolver sentimentos de ansiedade, stress, medo e vulnerabilidade, os quais serão “exacerbados pelos longos períodos de espera,

pela informação insuficiente, pela insensibilidade face às suas necessidades e pela pobreza das instalações”. Assim, a implementação de medidas que previnam ou atenuem os aspetos negativos referidos anteriormente irão promover experiências positivas influenciando as suas expectativas numa próxima deslocação a uma instituição de saúde (Martin, 2004:178).

Os profissionais que trabalham nas instituições de saúde têm, como um dos objetivos, a prestação de bons cuidados a quem deles necessita, no entanto se o serviço não apresentar uma organização que promova a qualidade, poderá desencadear sentimentos de frustração e desmotivação. A implementação de programas que promovam a melhoria da qualidade levará os profissionais a sentirem-se com “maior satisfação profissional, menos frustração, maior valia individual à medida que a reputação do seu departamento aumenta na comunidade e melhor feedback dos doentes e dos utentes dos serviços” (Martin, 2004:179).

A implementação de programas de melhoria da qualidade tem concerta custos associados para as instituições, no entanto e pegando na ideia de Juran apresentada anteriormente e transpondo-a para os serviços de saúde, em que para o alcance da qualidade deverá existir “adequação de um produto à sua utilização” e “ausência de falhas” (Gomes, 2004:11), as instituições poderão com a implementação de programas adequados reduzir custos associados aos cuidados que foram prestados desadequadamente, evitando “voltar a fazer, voltar a verificar, lidar com dúvidas, atender reclamações e prescindir de pagamentos” (Martin, 2004:180).

No entanto esta é apenas a ponta visível do *Iceberg*, a falta de qualidade nos serviços prestados nas instituições de saúde poderá representar a perda do utente, a perda de negócios e a quebra da motivação dos funcionários.

Carruthers e Holland citados por Martin, dizem-nos que “com uma qualidade boa nem sempre se consegue poupar, mas com uma qualidade fraca têm-se sempre custos e com frequência desperdiça-se dinheiro” (2004:180). A qualidade não consiste apenas em melhorar os serviços prestados aos utentes, está também relacionado em evitar os desperdícios nessa mesma prestação de cuidados eliminando custos desnecessários (Martin, 2004).

Hoje em dia a avaliação da qualidade centra-se nos resultados, ao contrário das últimas décadas em que a sua abordagem era essencialmente feita através da estrutura e do processo. Esta alteração está relacionada com o aumento dos custos em saúde e com a maior exigência e necessidades por parte dos utentes.

Apesar desta alteração, não podemos esquecer que na avaliação da qualidade de um serviço, os resultados estão relacionados com as duas fases anteriores (estrutura e processo), segundo Donabedian citado por Sousa, um “resultado menos favorável que o expectável pode ser indicador, em princípio, da existência de problemas ao nível do processo ou da estrutura” sendo por este motivo importante a existência de “abordagens globais e integradas” (2008:59).

Serão abordados seguidamente os aspetos relacionados com a avaliação da qualidade nos serviços de saúde, uma área com características próprias em que a qualidade recai sobre os serviços prestados e não diretamente sobre os produtos utilizados nessa mesma prestação.

1.1.3 – Avaliação da qualidade em Saúde

A área da saúde enfrenta hoje em dia grandes desafios, o envelhecimento da população, a evolução tecnológica que leva a procedimentos cada vez mais complexos e o aumento das expectativas dos próprios utentes, quando recorrem às instituições de saúde, contribuem para que a área da prestação de cuidados de saúde tivesse vindo a ser reestruturada de forma a ir ao encontro das necessidades da população. Estas alterações segundo a WHO (World Health Organization) citada por Sousa, não vão apenas condicionar “o presente mas sobretudo a sua sustentabilidade” (2008:58).

Indo ao encontro da ideia exposta anteriormente, a avaliação da qualidade em saúde tem vindo a ter nos últimos anos grande valorização, no sentido de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Sendo possível definir, mensurar e comparar a sua qualidade, é também possível corrigir eventuais problemas que ocorram em todo o processo.

Palmer citado por Ferreira (1991) definiu cinco dimensões para a definição de qualidade e que nos dão a conhecer a importância da interligação entre aspetos clínicos e não clínicos dentro das organizações de saúde. São elas a eficácia, a eficiência, a acessibilidade, a aceitabilidade e a competência do prestador de cuidados.

Eficácia; é a característica de determinado procedimento clínico ou tratamento que pretende melhorar o estado de saúde (Ferreira 1991; Silva, 1994);

Eficiência; diz respeito à utilização de métodos que possibilitem racionalizar os recursos, quer sejam humanos, materiais e técnicos (Ferreira 1991; Silva, 1994);

Acessibilidade; grau de acesso aos cuidados de saúde tendo em conta as restrições financeiras, organizacionais, culturais ou emocionais (Ferreira, 1991; Silva, 1994);

Aceitabilidade; grau de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde, ou seja adaptação dos cuidados prestados aos desejos, expectativas e valores dos utentes e suas famílias (Ferreira 1991; Silva, 1994; Lopes, 2009);

Competência do prestador de cuidados; capacidade do profissional de utilizar os seus conhecimentos da melhor forma para a tomada de decisão, de modo a satisfazer as necessidades do utente e melhorar o seu estado de saúde. As suas competências dizem respeito às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal, assim como a sua atuação a nível da instituição (Ferreira, 1991; Silva, 1994).

Indo ao encontro da complexidade inerente à qualidade, Nogueira adaptando o artigo de Donabedian e citado por Fekete (2000), acrescenta ainda outros atributos à qualidade a qual deverá ser avaliada também pela efetividade, otimização, legitimidade e equidade.

Assim refere que a efetividade diz respeito às organização que conseguem ser eficazes e eficientes e que a otimização avalia igualmente os efeitos do cuidado em relação aos custos, mas na ótica da necessidade de introduzir

melhorias e em que medida valem a pena tendo em conta o aumento desses mesmos custos.

No que diz respeito à legitimidade, alerta-nos para a importância dos cuidados de saúde prestados, terem um componente social, ou seja que deverão ser vistos de uma forma mais abrangente tendo em conta o bem estar da população, dando como exemplo as ações de imunização e de controlo de doenças transmissíveis, por fim chama a atenção para a importância da equidade, fator que implica o acesso à saúde de igual forma para todos, mas tendo em conta a capacidade que cada um tem de contribuir para esse mesmo acesso (Fekete; 2000 e Lopes, 2009).

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde “tem sido utilizada numa lógica de regulação, melhoria e promoção da prestação desses mesmos cuidados”, aplicando diversos modelos como por exemplo a acreditação, a certificação pelas normas ISO (International Standards Organization) e as auditorias clínicas, sempre com o objetivo da implementação de melhorias a nível da efetividade, da análise dos resultados obtidos, da segurança dos doentes e da responsabilização (Adami, 1995 e Sousa, 2004), no entanto estes modelos não serão desenvolvidos neste trabalho por saírem fora do âmbito do seu principal objetivo.

Segundo Silva (2004), o êxito dos programas de melhoria da qualidade está dependente da capacidade da instituição de saúde conseguir identificar quem são os seus utentes, quais são as suas necessidades e expectativas, orientando as suas práticas para a satisfação das mesmas.

Só desta forma, segundo Ferreira é “possível aos investigadores dos serviços de saúde, quer sejam prestadores de cuidados, gestores ou políticos de saúde (...) iniciar esforços de construção de instrumentos e mecanismos para garantir a qualidade de cuidados de acordo com as expectativas” dos utentes (Ferreira, 2000:53).

Seguindo a mesma ideia, Adami (1995) refere ainda que além “de se conhecer as necessidades da população a ser atendida”, deverá ter-se em conta o nível de satisfação do utente, o grau de eficiência de cada serviço, o grau de

segurança no manuseamento do equipamento, dos medicamentos e das infraestruturas físicas.

Para que se atinjam as metas estabelecidas, Adami sugere que “os profissionais da área da saúde apreendam a conceção da avaliação da qualidade, conheçam e empreguem métodos disponíveis para a implantação e continuidade desse processo da gestão” (2009:54).

A avaliação da qualidade em saúde deve ser abrangente, de forma a envolver os diversos atores que participam em todo o processo do cuidar, assim deverá ser tido em conta, não só os profissionais e os órgãos de gestão, mas também os utentes e as organizações que os representam.

Numa abordagem multidimensional é avaliado não só o componente técnico que diz respeito à “qualidade de uma intervenção em função da sua correspondência com os padrões estabelecidos pela comunidade científica dos profissionais”, mas também a componente relacionada com aspetos interpessoais do cuidado na perspectiva dos utentes intervenientes em todo o processo (Ferreira,1991; Bosi, 2007 e Serapioni,2009:76).

No componente técnico haverá como principal preocupação, adequar os processos “ de diagnóstico e terapêutica, sendo a qualidade julgada em termos do que de melhor existe na prática”, irá avaliar a competência de quem presta os cuidados, a sua eficácia, a “precisão das suas atividades” e os eventuais riscos que poderão ocorrer e que são desnecessários (Ferreira, 1991:98).

Por outro lado a componente, mais subjetivo e que diz respeito aos aspetos interpessoais, envolve a parte humana do cuidar, as relações entre os vários intervenientes (profissionais e utentes), quer a nível social quer a nível psicológico, “as explicações da doença e do tratamento, assim como a informação recebida” . Diz respeito à maneira como os profissionais interagem com os utentes em termos de “ consideração, amizade, paciência, cortesia, respeito e sinceridade” (Ferreira, 1991:98-99).

Ovretveit citado por Serapioni afirma que “qualidade é a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais

baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas” (2009:76).

O mesmo autor refere ainda que as “necessidades”, não devem ser apenas definidas pelo utente, mas sim em conjunto com os profissionais e com os gestores, pois poderíamos correr o risco de as necessidades identificadas pelo utente de forma isolada não corresponderem às reais necessidades de cuidados para um indivíduo ou população. A satisfação do utente que recorre às instituições de saúde é apenas uma das facetas da qualidade, mas que deverá ser tomada em conta nos processos de decisão (Serapiori, 2009).

Assim, Serapiori (2009) sugere três dimensões da qualidade, correspondentes aos principais intervenientes no âmbito da prestação de cuidados:

Qualidade avaliada pelos utentes; corresponde ao que os utentes e os seus acompanhantes esperam do serviço que lhe é prestado;

Qualidade profissional; diz respeito ao facto do serviço conseguir satisfazer as necessidades definidas pelos profissionais e se as técnicas e procedimentos utilizados são realizados de forma apropriada;

Qualidade na área da gestão; está relacionado com a utilização dos recursos de modo eficiente e produtivo, para responder às necessidades dos utentes, de acordo com os limites e diretrizes estabelecidas.

No entanto o mesmo autor citando Ovretveit, levanta uma questão importante, dado que cada grupo tende a privilegiar determinados aspetos da qualidade e desenvolve métodos para a sua avaliação igualmente diferentes, tornando a avaliação da qualidade bastante abrangente: Como é que uma instituição consegue ir ao encontro da qualidade requerida pelos utentes, profissionais e gestores ?

Dando resposta a esta pergunta o autor citado por Serapioni, introduz o conceito de “padrões de qualidade” como instrumento facilitador para a sua avaliação. O facto de cada dimensão (utentes, profissionais e gestores) conseguir definir previamente com rigor o que deve ser “oferecido” pelo

serviço, facilita a “identificação de eventuais conflitos e a busca de soluções” através do envolvimento de todos os intervenientes (2009:77).

Relativamente aos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros, considera que a definição de padrões de qualidade, apesar de ser um grande desafio quer pela melhoria dos cuidados oferecidos à população quer pela reflexão sobre as suas práticas como enfermeiros, contribuem significativamente para “a busca das melhores respostas em cuidados de enfermagem e para que se atinja o objetivo de excelência” dos serviços prestados pelas instituições (OE, 2001:3).

No entanto este tema será abordado com maior especificidade no último ponto deste enquadramento, quando se falar de qualidade no cuidar em enfermagem.

Como foi referenciado anteriormente, a avaliação da qualidade deverá ser abrangente, tendo em conta os diversos intervenientes. Dado o trabalho proposto ser direccionado para a avaliação da qualidade na ótica do utente e a sua satisfação perante os cuidados prestados ser uma das formas avaliativas, será assim desenvolvido seguidamente o tema relativo à satisfação, primeiramente de uma forma generalizada e depois direccionada para a saúde.

1.2 - Satisfação do utente

1.2.1 – Conceito de satisfação

Começamos a abordagem do conceito de satisfação, pela sua definição, assim sendo, segundo a Grande Enciclopédia Portuguesa/Brasileira, satisfação é “ a sensação agradável que se manifesta quando as coisas correm à nossa vontade ou se cumprem a nosso contento (...)” (1981:798) e no dicionário de Língua Portuguesa, satisfação é definida como “ ato ou efeito de satisfazer, contentamento e alegria (...)” (2005:1512).

Desde a década de 70, quando se iniciaram os estudos sobre a satisfação do utente em relação aos cuidados que lhes eram prestados nas instituições de

saúde, que a abordagem deste tema tem sido uma área importante “na avaliação da qualidade em saúde”, sendo utilizada para medir os resultados relativos aos cuidados prestados (Ferreira,2000:55).

Os estudos específicos nesta área tiveram como origem as pesquisas efetuadas nas Ciências Sociais e Humanas dando ênfase à relação entre médico e utente em contexto clínico ou em meio hospitalar (Williams,1994; Siztia & Wood,1997 e Donabedian, 1984 citados por Vaitsman, 2005).

Inicialmente a avaliação dos cuidados de saúde estava vocacionada para os aspetos técnicos e de operacionalização, os estudos efetuados sobre satisfação do utente tinham como principal objetivo os resultados clínicos, sendo utilizados como um meio de conseguir melhor adesão ao tratamento em “três dimensões principais: comparência às consultas, aceitação das recomendações e utilização adequada da medicação” (Vaitsman, 2005:600).

O facto de aproveitarmos os conceitos existentes sobre avaliação e transportá-los para a prática, neste caso das instituições de saúde, convertendo “ os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição”, estamos a contribuir “para a produção de medidas uteis que auxiliem na tomada de decisão ” e para a implementação de medidas corretivas de modo a promover o aperfeiçoamento dos serviços (Esperidião, 2006:1267).

Diversos são os modelos que servem para mensurar a satisfação do utente, mas todos eles têm os mesmos pressupostos, as perceções, valores e desejos do utente, podendo ser assim definida, como “as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde” (Linder-Pelz, 1982 citado por Vaitsman, 2005). Esta avaliação dá valor a determinados atributos dos cuidados de saúde que podem ser avaliados pelos utentes.

Com Donabedian, e a abordagem da qualidade nesta área tão específica, a satisfação dos utentes passou a ser um dos elementos da avaliação dessa mesma qualidade, integrado num conceito mais amplo, como tem vindo a ser referido neste enquadramento.

Com esta nova abordagem, a avaliação da qualidade deixa de ser exclusiva dos “especialistas” (profissionais e gestores) passando a contar também com a influência dos utentes na “definição de parâmetros e na mensuração da qualidade nos serviços”, sendo hoje em dia a satisfação do utente um objetivo e não um meio de levar os utentes a cumprirem os planos terapêuticos (Vaitsman, 2005:601; Polizer, 2006).

Para Paul citado por Alves , satisfação “resulta da avaliação feita pelo sujeito em função da realização das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos, é um estado interno” que tem como pressuposto aspetos cognitivos e emocionais os quais vão influenciar a avaliação efetuada sobre os cuidados prestados (2007:44).

McIntery e Silva em 1999 citado por Alves (2007), referem que satisfação é a diferença entre as expectativas que o utente tem da prestação de determinado cuidado e a percepção dos cuidados realmente recebidos.

Swan citado por Esperidião desenvolveu um modelo para análise da satisfação chamado de quatro estágios o qual contém “quatro construtos básicos: a percepção do desempenho do serviço; a confirmação da expectativa a respeito do desempenho e a percepção de tratamento equitativo; a satisfação geral e a intenção de visitar ou evitar o serviço no futuro” . A novidade deste modelo é o facto de ter em conta a equidade, ou seja o sentimento por parte do utente de ter sido tratado de modo justo ou injusto no processo de avaliação (2006:1270).

Segundo Espiridião, os diversos estudos existentes sobre esta temática contribuíram para reforçar a sua importância, pois demonstraram que utentes mais “satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes dando continuidade na utilização dos serviços de saúde”, estes estudos abordam ainda outro aspeto, relacionando a satisfação com uma certa influência na melhoria da qualidade de vida dos utentes (Esperidião, 2006:1268 e Dorigan, 2010).

Com esta evolução a satisfação do utente passou a ser considerada como um conjunto “amplo e heterogénio” de aspetos, que tem por objetivo saber a

opinião da população que utiliza as instituições de saúde relativamente à relação entre profissionais e utentes, à qualidade das instalações e à qualidade técnica dos profissionais (Vaitsman, 2005:6001).

No entanto, a satisfação do utente continua a ser um conceito “ cujos contornos se mostram vagos, reunindo realidades múltiplas e diversas” (Espiridião, 2006:1268). Assume “diferentes significados em diferentes contextos, é um conceito subjetivo, dinâmico com forte valor cultural e por isso sujeito a mutações constantes (Ribeiro citado por Alves, 2007:42).

1.2.2 - Contributos teóricos para a compreensão da satisfação

Segundo Nascimento (2003) e Espiridião no seu artigo publicado em 2006, a compreensão da satisfação do utente está assente nos “enfoques teóricos” que têm origem nas escolas da psicologia social e do marketing nos EUA. Para Esperidião baseia-se em quatro teorias principais que estão centradas nos utentes abordando aspetos “psicológicos como crenças, expectativas e percepções” (2006:1269).

Serão assim abordadas de modo sucinto de forma a contribuírem para uma melhor compreensão desta área temática.

Teoria da atitude: Eagly e ChaiKen citado por Gonçalves (2003) define atitude como uma tendência psicológica que se expressa mediante a avaliação de uma entidade ou objeto de forma favorável ou desfavorável. Quando um indivíduo é sujeito a um estímulo desenvolve uma determinada atitude podendo ser essa resposta cognitiva, afetiva ou comportamental.

Na área da saúde, Esperidião diz-nos que a satisfação é em si uma atitude, sendo uma avaliação positiva ou negativa feita pelo utente “sobre um determinado aspeto do serviço”. A atitude forma-se ao longo do processo de socialização como resultado das diferentes experiências da pessoa relativamente ao objeto (2006:1269).

O mesmo autor considera assim, a satisfação como uma atitude positiva considerando que os cuidados de saúde têm em si mesmos atributos que podem ser avaliados pelo utente, como o acesso, a eficácia, o custo e a conveniência (2006:1269).

Teoria da discrepância: Esta teoria concebida por Michalos (1985), relaciona o nível de bem estar subjetivo experimentado e o grau percebido da experiência vivenciada ou seja, vai ocorrer a comparação “entre o que se tem e o que se quer; o que se tem e o que se acha que merece; o que se tem e o que já se teve e o que se tem e o que um outro de referência tem” (Silva, 2007:51). A mesma autora refere ainda que quanto maior a consistência nas percepções avaliadas e o padrão de comparação, maior é o bem estar subjetivo.

Segundo Esperidião esta teoria é a mais utilizada nas pesquisas efetuadas na área da satisfação do utente, sendo os níveis de satisfação “preditos a partir da diferença entre as expectativas e a percepção da experiência” (2006:1269).

Teoria da equidade: Atribuída a Adams, é uma das teorias de motivação que compara os ganhos com as perdas através da percepção do indivíduo em relação a si próprio mas também em comparação com outras pessoas. Ou seja o utente avalia os cuidados de saúde “segundo critérios de equidade, confrontando a avaliação de um único utente com as dos demais (...) introduzindo elementos de comparação social” (Neves 2001; Esperidião, 2006:1269).

Teoria da realização: Considerada também uma das teorias de motivação, é igualmente conhecida pela Teoria das necessidades de McClelland, referindo que são “três os impulsos básicos que motivam os indivíduos para o desempenho : a necessidade de realização, a necessidade de poder e a necessidade de filiação”, estes impulsos vão ao encontro das necessidades construídas por Maslow e que são adquiridas ao longo da vida, podendo apresentar grandes variações entre cada pessoa (Neves, 2001:265).

Transportando esta teoria para a área da saúde, Esperidião refere que a satisfação é o resultado da diferença entre o que é esperado de determinado serviço e o que se tem na realidade. De acordo com o modelo apresentado o

utente encontra-se satisfeito “quando recebe o que esperava do serviço ou mais do que esperava” (2006:1269).

No entanto existem autores que colocam alguma reserva na utilização desta teoria para mensurar a qualidade dos serviços na área da saúde, correndo-se o risco de fazer uma avaliação baseada nos “desejos de alguém” e não dos serviços prestados, na realidade apenas conseguimos saber se o serviço é melhor do que o esperado pelo utente (Fox JG, 1981; Linder-Pelz, 1982; Fitzpatrick, 1983 e Williams B., 1994 citado por Esperidião, 2006:1262).

1.2.3 - Satisfação e expectativas

Apesar de não existir consenso entre os vários autores, o conceito de satisfação está na maioria das vezes relacionado com a perceção e as expectativas que os utentes têm dos serviços (Parasuraman, 1988; Vaitsman, 2003 citado por Esperidião, 2005; Polizer, 2006).

Segundo Esperidião diversos são os estudos que tentam encontrar correlação entre a satisfação e as expectativas, sendo variados os resultados encontrados. No caso da existência de correlação entre os dois aspetos o autor refere que a satisfação existente está relacionada com itens para os quais o utente não tem qualquer expectativa. No entanto refere ainda que a discrepância de resultados nos diversos estudos poderá estar relacionada com a diversidade de “metodologias utilizadas nos estudos e pelas diferentes dimensões dos serviços avaliadas” (2006:1270).

Staniszewska & Ahmed citados por Esperidião referem que as expectativas podem variar ao longo da prestação de cuidados, podendo ser positivas ou negativas. No entanto dão especial atenção às expectativas negativas, pois podem dar-nos a conhecer “a consciência política e económica do utente sobre as circunstâncias em que o serviço se encontra” (2006:1270).

Newsome & Wright citados por Esperidião, referem o modelo de Zeitham & Bitner, o qual faz referência a 3 níveis de expectativas por parte do utente: *serviços desejados*; *serviços adequados* e *serviços presumidos*. O primeiro

nível diz respeito ao que o utente gostaria de receber, no entanto não sendo possível alcançar esse nível os utentes “carregam um segundo nível de expectativas”, o qual “representa um mínimo tolerável do desempenho do serviço ou dos cuidados prestados. Finalmente o terceiro nível representa as expectativas que o utente “dimensiona” para o que realmente o aguarda no serviço. Assim o utente consegue fazer a distinção antecipadamente dos diferentes “tipos de desempenho dos serviços”, construindo uma zona de tolerância entre os serviços desejados e os adequados. Se o desempenho for superior à zona de tolerância o utente ficará satisfeito com o serviço ou cuidados prestados, por outro lado se o desempenho for inferior a essa mesma zona, o utente irá manifestar insatisfação (Esperidião, 2006:1270).

Para Polizer as expectativas dos utentes são consideradas padrões de qualidade, pois os utentes “ avaliam a qualidade do serviço comparando o que desejam ou esperam” (2006:550). Quanto maior o conhecimento dos utentes por parte das instituições de saúde, maior a possibilidade de conhecer as suas expectativas e de implementar processos de melhoria (Polizer, 2006:550).

1.2.4 – Fatores contributivos para a satisfação

Ao longo desta pesquisa vários foram os estudos encontrados sobre os fatores que poderão influenciar o grau de satisfação do utente/doente. O autor mais citado foi Weiss cujo trabalho incide sobre os “determinantes da satisfação” (Esperidião, 2006:1271).

No seu trabalho e através da revisão da literatura, Weiss definiu quatro grupos principais de fatores que poderão influenciar a satisfação do utente: 1 – características do utente nas quais estão incluídas as sociodemográficas, as suas expectativas sobre o atendimento e o seu estado de saúde; 2 – características dos profissionais que prestam o atendimento nas quais se incluem os traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidar”; 3 – aspetos relacionais entre os profissionais e os utentes, e por fim 4 – aspetos estruturais e ambientais onde estão inseridos a forma de pagamento, o

acesso, o tempo dispendido para a prestação de cuidados entre outros (Lemme, 1991; Esperidião, 2006:1271).

Podemos então dizer que existem dois grandes grupos de fatores que poderão influenciar a satisfação, aqueles que se relacionam com o serviço que presta os cuidados e os que dizem respeito ao próprio utente.

Fatores relacionados com o serviço:

Segundo Dorigan, dos fatores que influenciam a satisfação do utente, destacam-se aqueles “que envolvem o relacionamento entre profissionais e utentes, o apoio afetivo, as informações fornecidas, o controlo da decisão pelo utente e a competência técnica do profissional” (2010:501).

Por seu lado Esperidião, refere que existem algumas divergências, dizendo que a maioria dos estudos atribui a satisfação “a aspetos humanitários da relação” entre profissionais e utentes, à quantidade e qualidade das informações fornecidas e à continuidade do atendimento (2006:1271).

Indo ao encontro desta mesma ideia Wysong (2009) no seu estudo “*Patients’ Perceptions of Nurses’ Skill*”, concluiu que a sua perceção sobre os cuidados dos enfermeiros, estava principalmente relacionada com as dimensões das relações interpessoais e com a atenção demonstrada pelos enfermeiros ao longo dessa mesma prestação, e menos relacionada com os aspetos técnicos da prática dos enfermeiros.

Para Lemme a comunicação entre profissionais e utentes é um dos fatores que mais contribuiu para a satisfação. A forma como se comunica neste caso prevasse sobre a qualidade técnica no decorrer da prestação de cuidados. Buller e Buller citado pelo mesmo autor diz-nos existir dois tipos de comunicação, a afetiva e a de controlo, na primeira os profissionais demonstram interesse, amizade, desejo de ajudar, simpatia, humor o que não acontece na forma mais controladora de comunicar (Lemme, 1991).

Souza citado por Esperidião, refere outros aspetos que poderão contribuir para a satisfação do utente, como por exemplo “o tratamento cortez por parte da equipa, ter enfermeiro disponível na unidade, haver disponibilidade de consulta

em 48 horas, tempo de espera da consulta ser inferior a vinte minutos”, no caso do meio hospitalar são ainda referidos fatores como a alimentação, informação, conforto, qualidade dos equipamentos, confiança na equipa, horários de visitas, acessibilidade e privacidade (2006:1272).

Fatores relacionados com o utente:

Existem bastantes divergências sobre a influência de alguns aspetos sociodemográficos na satisfação dos utentes (Lemme, 1991; Worthington, 2005 e Esperidião 2006). No entanto a variável que apresenta maior concordância é a idade, quanto mais velhos forem os utentes, menores as expectativas, assim maior a possibilidade de estarem satisfeitos com os serviços ou cuidados prestados. Relativamente ao género Esperidião refere que as mulheres “estão mais aptas a criticar os serviços”. O grau de escolaridade não encontra grande variação, no entanto em estudos efetuados na população Brasileira, parece existir uma correlação inversa, ou seja, quanto menor o grau de escolaridade maior a satisfação com os serviços ou cuidados prestados (Esperidião, 2006).

Worthington (2005) ao longo das suas pesquisas em estudos Americanos, encontrou relacionamento positivo entre a idade e a satisfação e negativo entre o nível de escolaridade e a satisfação.

Sofaer & Firminger, citados por Worthington (2005) referem que a relação entre outros fatores como o género, a raça, grupo cultural/étnico e estado psicológico (stress ou ansiedade) e o grau de satisfação, estão dependentes do contexto em que o estudo é aplicado.

Nos estudos de Weiss, existem fatores que teriam maior influência no grau de satisfação como por exemplo, a satisfação com a vida em geral e com a comunidade onde o utente está inserido; o nível de credibilidade das unidades de saúde; sentimentos de “controlo interno”, ou seja quando o indivíduo considera que controla a sua vida; existência de continuidade nos cuidados (quer a nível da instituição, quer a nível dos profissionais); estado atual de saúde, existindo uma forte relação entre a satisfação e a informação que o

utente recebe por parte dos profissionais sobre a sua patologia (Lemme, 1991:42).

Saultz & Albedaiwi (2004) demonstraram que existe um aumento da satisfação quando existe “ a presença do cuidado interpessoal continuado” e Cabana & Jee “revelam que existe uma associação consistente entre continuidade do cuidado e satisfação” do utente principalmente no caso da existência de doenças crónicas como a diabetes e a asma (Citados por Esperidião, 2006:1272).

Lemme (1991) refere ainda que as expectativas e os desejos dos utentes deverão ser tomados em consideração e melhor explorados pelos profissionais, pois a dificuldade na sua expressão por parte dos utentes pode dar origem a sentimentos de tensão e frustração, traduzindo-se por insatisfação com os cuidados prestados.

Sixma et al. Citado por Esperidião através de estudos efetuados tentaram identificar qual a força com que a satisfação se relaciona com os fatores que influenciam a satisfação distintamente nos dois grupos abordados anteriormente das variações da satisfação (fatores relacionados com o serviço e com o utente). Concluiu assim que “90 a 95% da satisfação era resultado de variáveis relacionadas aos pacientes (...) apenas 5% diziam respeito aos serviços e seus profissionais” (2006:1272).

1.2.5 - Avaliação da satisfação

Como tem sido abordado ao longo desta pesquisa, a inclusão do utente na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde tem sido valorizada nos últimos anos não apenas por ser um indicador de qualidade, mas também como forma de implementar melhorias nos serviços de saúde.

Diversos são os fatores apontados por Esperidião (2005) como influenciadores da opinião das populações sobre as instituições e os cuidados de saúde. Os fatores mais amplos e globais dizem respeito aos média como fonte geradora de opinião a qual poderá influenciar as populações, dando como exemplo o serviço público em que se considera “desprovido de qualidade”. Outro aspeto

relaciona-se com a confiança da população no “governo e nos políticos” que poderá também influenciar a opinião levando a uma percepção menos positiva das instituições públicas de saúde (Souza citado por Esperidião, 2005:308).

No entanto Esperidião, refere que a maioria dos estudos sobre satisfação, independentemente do método e técnicas utilizadas, resultam em taxas de satisfação bastante elevadas. Este fenómeno, chamado de “elevação” está descrito na literatura e acontece mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. O mesmo autor citando Staniszewska & Ahmed diz que este facto tem despertado o interesse de diversos estudiosos, tendo mesmo em alguns casos colocada em causa a sua validade, pois não é possível que os diversos serviços “realizem sempre um cuidado perfeito” (2005:304).

Tendo em conta que o conceito de satisfação se relaciona com as expectativas e percepções que os utentes têm dos cuidados que lhe são prestados, o que é avaliado na realidade não é a satisfação propriamente dita, mas sim as expectativas e percepções prévias dos utentes (Esperidião, 2005).

No artigo escrito por Esperidião e que resultou da pesquisa de vários artigos sobre esta temática considera haverem dois métodos para a avaliação da satisfação, quantitativos e qualitativos.

Os primeiros mais utilizados nos estudos, incluem a entrega de questionários, constituídos por perguntas fechadas, associando as questões a escalas de valores, quantificando a satisfação através da mensuração das respostas (Aspinal, 2003). As suas vantagens enquadram-se na possibilidade de conseguir resultados mais perto da realidade, ou seja “representativas da população”. São técnicas de fácil utilização, pois são mais baratas, rápidas, podem ser anónimos, não sendo necessária a presença do investigador no caso do questionário ser preenchido pelo utente (Esperidião, 2005:305).

Leichner & Perrealut citado pelo mesmo autor, dizem-nos que estes questionários geralmente são compostos por subitens que podem abordar os mais diversos temas, como a estrutura, funcionamento e avaliação da qualidade do serviço pelo utente (Esperidião, 2005). Por outro lado existem

autores que consideram os métodos quantitativos redutores justificando que não tratam os aspetos subjetivos da satisfação (Aharony & Strasser; Avis et al.; Owens & Bachelor; Bosi & Affonso; Coyle & Williams; Dougall et al. e Trad et al. citados por Esperidião, 2005).

Por outro lado os métodos qualitativos, permitem que o utente expresse a sua opinião sobre o serviço de forma mais abrangente pois não tem a limitação das questões e itens abordados no questionário. Assim segundo Tad et al. citado por Esperidião, no método qualitativo poderão ser interligadas as relações entre os diversos autores, as crenças, modos de vida e concepções do processo saúde-doença. Este método é aconselhado quando se quer pesquisar a satisfação em grupos de difícil acesso como é o caso dos idosos ou de grupos étnicos minoritários (Esperidião, 2005).

No entanto Aspinal citado por Esperidião, considera que este método pode ter algumas limitações no sentido em que as entrevistas “cara a cara” poderão provocar alguns constrangimentos, limitando a resposta do utente, com receio de “sofrer represálias”. Por outro lado o método qualitativo exige que se construa entre o utente e o investigador uma relação de confiança pelo que é necessário diferenciar “ a compreensão que se tem do outro e da realidade, da compreensão introspetiva de si mesmo” (2005:305).

Outro aspeto também focado é a representatividade do individual para o coletivo, no entanto as ciências sociais mostram que muito do que é dito individualmente está carregado de relações sociais e ideologias que poderão ser transportadas para um determinado grupo (Esperidião, 2005).

Os dois métodos não estão em oposição. Aspinal (2003) sugere a utilização de um método combinado, assim apesar de haver análises quantitativas, é dado espaço ao utente para expressar a sua opinião sobre esses mesmos itens.

Uma outra questão levantada por diversos autores é o momento de recolha da informação, deverá ser no momento da alta ainda em ambiente hospitalar ou após a alta no domicílio através de entrevista telefónica?

Rubin (1991) e Esperidião (2005) referem que a colheita ainda no serviço, pretende obter a experiência do utente evitando perda de informação que poderá ocorrer por falha na memória do utente.

Este momento de recolha geralmente visa aspetos relacionados com as relações entre profissionais e utentes, onde se inclui a informação dada ao longo do internamento. É referido que com o passar do tempo o utente tende a recordar os aspetos desagradáveis, por serem os mais marcantes, no entanto Kloetzel et al. citado por Esperidião mediu a satisfação logo após a prestação de cuidados e dez dias depois, chegando ao mesmo resultado (Esperidião, 2005).

Os instrumentos utilizados para a recolha de informação são os mais variados, não existindo um padrão, o que leva a dificuldades na comparação de resultados. Esperidião refere que a maioria dos instrumentos são construídos pelos próprios investigadores, não sendo muitas das vezes adaptáveis a outras realidades. O estudo elaborado por Hall & Dornan em 1988 referido por Esperidião (2005) no seu artigo, com uma amostra de 221 estudos, mostrou que 97% dos instrumentos utilizados eram elaborados pelos autores e apenas 3% eram instrumentos já utilizados noutras pesquisas. Neste caso coloca-se a questão da validade, pois esses mesmos instrumentos deverão ser adaptados às condições específicas de cada serviço, sistema de saúde ou população.

Segundo Alpinal (2003), a escala mais utilizada na construção dos questionários para os estudos nesta área são as de Likert, no entanto e com base na sua pesquisa, chama a atenção para o facto destas escalas conterem itens que não avaliam diretamente a satisfação utilizando instrumentos psicométricos, escalas de sintomas ou de qualidade de vida.

Relativamente ao fenómeno abordado no início deste ponto, em que grande parte dos estudos revela altos níveis de satisfação dos utentes, diversos são os autores que se dedicaram a pesquisar esta área. Vários são os fatores que poderão influenciar as respostas do utente aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados, assim, se por um lado existem autores que atribuem este facto a “inconsistências teóricas no conceito de satisfação” (Williams1994; Sitzia& Wood, 1997; Williams et al., 1998 citado por Esperidião,

2005:307), outros relacionam-no a “aspetos de ordem metodológica” (Ware et al., 1983; Leichner & Perrealut, 1990 citado por Esperidião 2005: 307).

Os principais fatores encontrados na pesquisa efetuada relacionam-se com o receio do utente em haver alterações na prestação dos cuidados necessários ao seu tratamento (Rubin 1991; Sobrinho, 1996; Gomes et al. 1999 citado por Esperidião 2005); a escolha do instrumento para recolha dos dados; o momento de abordar o utente para a recolha da informação; a ausência de padronização de instrumentos de recolha de dados dificultando a comparação entre os diversos estudos e dificuldade na identificação e controlo dos principais vieses (Esperidião, 2005).

Dois dos principais vieses identificados pelo autor são o viés da gratidão e o viés da aquiescência. O primeiro diz respeito à omissão de críticas negativas por parte do utente, sendo observada principalmente nas instituições públicas, no entanto poderá também surgir quando existe grande afinidade entre os profissionais e o utente, sendo o resultado de uma atitude de gratidão. No segundo caso, o viés prende-se nos casos da aplicação de um questionário com escalas, onde existe a tendência do utente em concordar com o “primeiro item da escala independentemente do seu conteúdo”, sendo este facto mais observado em utentes com idade mais avançada e com menor formação escolar (Ware, 1975; Fitzpatrick, 1991 e Ross et al. 1993 citados por Esperidião, 2005:308).

Os instrumentos de “satisfação geral” ou “global” poderão contribuir para esse mesmo elevado grau de satisfação apontado pelos autores, dado que não são avaliadas as diversas dimensões da satisfação, o que poderia explorar de forma mais clara os itens que necessitavam de melhoria (Esperidião, 2005:309).

A avaliação da satisfação continua a não ser consensual para os diversos autores que abordam esta temática. A principal dificuldade diz respeito à definição do conceito de satisfação e às suas diversas dimensões. Na sua avaliação devem ser tidas em conta as diversidades de cada país, tendo os instrumentos de colheita de dados de ser adaptados a cada realidade.

1.3 – Cuidar em enfermagem

1.3.1 – Da origem à enfermagem de hoje

A enfermagem é tão antiga como a história do homem, tendo acompanhado a evolução da própria humanidade. Desde os tempos primitivos que havia preocupação de cuidar dos doentes, prestando-lhes os cuidados considerados para a época, necessários para a sua recuperação.

No século IV a.C., Hipócrates, médico grego fundador da medicina racional, considerou que a doença tinha origem em desordens funcionais do organismo e não na influência de espíritos ou de deuses malévolos. Os seus tratamentos tinham por base a observação clínica dos sinais e sintomas, sendo os seus registos considerados como modelos, no entanto mesmo nesta altura não há menção à enfermagem aplicada por pessoas treinadas para o efeito. O tratamento era realizado pelos médicos ou seus aprendizes sendo os outros cuidados à pessoa doente realizados pelas mulheres das famílias ou escravas no caso de famílias abastadas (Clarke, 1977).

Segundo Collière citado por Carvalho, os cuidados de enfermagem, não eram considerados como ofício nem profissão, eram praticados por qualquer pessoa “que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para a sua sobrevivência” (2010: 15).

Ao longo dos tempos a prestação de cuidados à pessoa doente foi evoluindo juntamente com a história dos povos, estando sobretudo entregue às ordens militares e religiosas.

No século XVI os hospitais e as chamadas “casas de mendigos” não passavam de instituições sem o mínimo de condições de salubridade, onde os doentes se amontoavam e onde não havia preocupação em separar aqueles que eram portadores de doenças infeto contagiosas (Nogueira, 1990).

No entanto nesta mesma época João de Deus, pastor, soldado e viajante, nascido em 1495 em Montemor-o-Novo, mas tendo ido viver para Espanha aos 8 anos, criou aos 43 anos de idade um hospital com uma visão totalmente

diferente do que era cuidar naquela altura. Eram tidos em conta, cuidados na alimentação, na higiene não só das instalações, mas dos próprios doentes, assim como da sua separação consoante a natureza da sua doença. Além disso, foi valorizado o aspeto humano do cuidar. Quando morreu em 1550, deixa 5 discípulos que ampliaram a sua obra dando origem ao que hoje conhecemos (Nogueira, 1990).

Em 1741 foi escrito pelo padre Santiago dessa mesma Ordem, um livro intitulado “Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiro”, para uso dos irmãos de S. João de Deus, em que apesar de abordar temas religiosos e de disciplina, foca também os cuidados de enfermagem utilizados naquele tempo, sendo considerado um dos primeiros livros em Portugal que aborda este tema (Nogueira, 1990).

Ao longo dos anos a prestação de cuidados de enfermagem estava entregue essencialmente a ordens religiosas, tendo estas grande influência nos cuidados à pessoa doente, no entanto acontecimentos históricos a nível dessas mesmas ordens no século XVIII e século XIX levou à expulsão de muitos dos seus irmãos e irmãs. A escassez de pessoas preparadas para o efeito era notória, havendo necessidade de entregar esses cuidados a outras que não tinham preparação para tal, entrando-se num período negro para a enfermagem (Clarke, 1977; Nogueira, 1990).

Com o avanço do conhecimento científico principalmente na última metade do sec. XIX que levou à evolução da medicina a nível do controlo da dor e da infeção na área cirúrgica, os hospitais foram cada vez mais merecendo a confiança dos seus utilizadores, no entanto considerou-se essencial a formação adequada daqueles que aí trabalhavam nomeadamente dos enfermeiros (Clarke, 1977 e Nogueira, 1990).

Na Alemanha, foram feitos esforços no sentido de serem criadas escolas para enfermeiros nos hospitais, embora sempre com cariz religioso, abrindo as portas à realização de “estágios” e onde em 1851 passou Florence Nightingale a pioneira da Enfermagem leiga moderna (Nogueira, 1990).

Nightingale, nasceu na cidade Italiana de Florença em 1820, filha de ingleses, com uma cultura superior à maioria das mulheres do seu tempo pertencendo a uma posição social elevada, falava diversas línguas entre elas o Grego e o Latim (Nogueira, 1990).

Apesar da oposição da família, desde cedo manifestou interesse em cuidar daqueles que mais precisavam, tendo tido oportunidade de tomar conhecimento sobre o que se fazia na área do ensino da enfermagem em Inglaterra, no entanto o futuro reservava muitos contributos que modificariam a prestação de cuidados de enfermagem para sempre (Clarke, 1977).

Em 1854, quando teve início a guerra da Crimeia, e perante os maus resultados relativamente aos feridos de guerra (cerca de 40% morriam por falta de assistência), comparando-os com os soldados Franceses e Russos, o ministro da Guerra Sidney Herbert pediu a colaboração de Florence Nightingale a qual recrutou um grupo de enfermeiras voluntárias para a ajudarem nessa tarefa (Clarke, 1977).

A falta de condições com que se deparou era enorme, quer a nível físico quer a nível humano, encontrando mesmo um ambiente de certa indiferença. A burocracia era muita o que impedia muitas das vezes o desenvolvimento rápido daquilo que Florence considerava essencial para o seu trabalho (Clarke, 1977 e Nogueira, 1990).

Com o seu grande empenho na melhoria dos cuidados de enfermagem e na organização de serviços de apoio conseguiu baixar a mortalidade para 2%. Era exigente também consigo própria, “os soldados olhavam-na como um anjo, os oficiais viam-na sobre uma outra luz”, quando regressou a Inglaterra (debilitada por doença) as pessoas consideraram-na como uma heroína, tendo-a presenteado com uma avultada soma de dinheiro, a qual foi aproveitada por Florence para a realização do seu maior sonho, a construção de uma escola para o ensino da enfermagem, no Hospital St.Thomas’s em 1860 (Clarke, 1997:19 e Nogueira, 1990).

Os seus alunos eram “ensinados a ensinar”, estabelecendo assim os alicerces do ensino moderno da enfermagem, foi igualmente responsável pela

reorganização de diversos hospitais, quer civis quer militares e por reformas profundas que melhoraram as condições de higiene na prática hospitalar (Clarke, 1977).

Em Portugal surgem em 1881 cursos específicos para o ensino de enfermagem, o primeiro dos quais no Hospital da Universidade de Coimbra (OE, 2010) e na primeira década do sec. XX foi criada em Lisboa a Escola Profissional de Enfermeiros a qual se encontra associada ao Hospital de S. José sendo possível vêr no seu regulamento que os enfermeiros tinham três grandes áreas de atuação: “a administrativa, a de administração de terapêutica e os cuidados de higiene” ao doente (OE, 2010:1).

A nível mundial, nas décadas seguintes foram abrindo diversas escolas que se dedicavam exclusivamente ao ensino da enfermagem, assim como instituições hospitalares que pretendiam dar resposta aos diversos problemas de saúde que foram aparecendo ao longo da história, favorecendo a evolução de uma profissão até aos dias de hoje. Segundo Hoeman (2000), os conhecimentos, valores e crenças da enfermagem, evoluíram a par das mudanças a nível mundial.

Diversas foram as teorias e modelos de enfermagem adotados ao longo dos tempos, fornecendo “pontos chave para demonstrar as relações entre a prática, a educação, a investigação e a gestão” (Hoeman, 2000:3).

Em Portugal, o Decreto de lei 437/91 de 8 de novembro, veio definir a nova carreira de enfermagem, estabelecendo três áreas de atuação: a prestação de cuidados, gestão e assessoria. Passados cinco anos foi publicado o regulamento para o exercício da profissão, tendo como principal objetivo a sua regulamentação, “clarificando conceitos, intervenções e funções, bem como, os aspetos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros” (OE, 2010:1).

Em 1998, outro grande passo, a criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses através do decreto de lei nº 104/98 de 21 de abril, que promove “a regulamentação e disciplina da prática de enfermagem”, sendo mais tarde publicados os seus estatutos que consagram o código deontológico dos enfermeiros (OE, 2010:1).

Na primeira década do sec XXI foram definidas as competência dos enfermeiros de cuidados gerais e os padrões de qualidade relativos aos cuidados de enfermagem que serão abordados no ponto seguinte e onde se inclui a satisfação dos utentes. Foi ainda nesta década que a Ordem dos Enfermeiros se filiou em organizações internacionais como o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Federação Europeia de Enfermeiros dando além fronteiras, um maior conhecimento da Enfermagem Portuguesa (OE, 2010).

1.3.2 – Padrões de qualidade na prática da enfermagem

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros e com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a definição de padrões de qualidade para esta área específica tornou-se da maior importância. A qualidade em Saúde “é uma tarefa multiprofissional”, tendo um “contexto de aplicação local”, considerando-se importante a definição de padrões de qualidade em Portugal, nomeadamente nas práticas dos enfermeiros (OE, 2001:3).

A definição desses padrões não contribuiu apenas para a melhoria dos cuidados, como já foi abordado ao longo deste enquadramento, promove a reflexão sobre as práticas dos mesmos, levando “à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade”, não só no exercício profissional dos enfermeiros mas também das instituições que prestam serviços na área da saúde à população (OE, 2001:3).

A existência de Padrões de Qualidade em Saúde é valorizada por diversas instituições, quer a nível nacional (Departamento da Qualidade em Saúde), quer a nível internacional (OMS-Organização Mundial de Saúde e o ICN - International Council of Nurses), tendo as diversas associações profissionais na área da saúde um papel fundamental para a sua definição nos “domínios específicos” de cada profissão (OE, 2001:3).

Foram então definidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2001, seis “enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”, dando a conhecer socialmente, quer aos utentes, a outros profissionais e à população em geral a “natureza e os diferentes aspetos (...) da profissão de enfermagem” (OE, 2001).

Esses mesmos enunciados e que norteiam a qualidade dos cuidados de enfermagem são: a satisfação do utentes; a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e o auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Dado o âmbito do trabalho apresentado estar relacionado com a satisfação do utente será apenas esse o enunciado abordado. Assim relativamente a este ponto a Ordem dos Enfermeiros define que:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação” dos utentes (OE, 2001:11).

Assim ,ao longo de todo o processo de prestação de cuidados de enfermagem são considerados elementos que contribuem para a satisfação do utente o “respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual de cada” utente; “a procura constante da empatia nas interações” com o utente; “o estabelecimento de parcerias com o utente no planeamento do processo de cuidados”; o envolvimento das pessoas significativas do utente em todo o processo de cuidar e “o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo” provocado pelo processo de doença (OE, 2001:12).

Ao londo deste capítulo foi possível observar que a qualidade é um processo muito abrangente, envolvendo diversos intervenientes (gestores, prestadores de cuidados e utentes) os quais desempenham em conjunto um papel fundamental na implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade.

Quanto maior o conhecimento por parte das instituições e dos utentes que a ela recorrem, maior a possibilidade de ir ao encontro das suas expectativas, aumentando assim o grau de satisfação perante os cuidados recebidos.

Os utilizadores dos serviços de saúde deverão ter um papel ativo em todo o processo, pois só assim se conseguirá caminhar para uma verdadeira melhoria dos cuidados.

A avaliação da qualidade não envolve apenas a componente técnica, mas também uma componente mais subjetiva, aquela que diz respeito aos aspetos interpessoais, entre profissionais e utentes e que está relacionada com a parte humana do cuidar e com as interações criadas entre os diversos intervenientes.

A satisfação do utente é apenas uma das facetas da qualidade, mas que deverá ser tomada em consideração nos processos de tomada de decisão, sendo importante a existência de estudos que possam dar voz aos utilizadores das instituições de saúde, tornando-os verdadeiros parceiros nos processos de melhoria contínua da qualidade.

Capítulo II – Metodologia

A investigação científica pretende conhecer determinado fenómeno de modo a encontrar soluções para os problemas existentes no mundo que nos rodeia . Das diversas formas de conhecimento, o conhecimento científico é “o mais rigoroso e aceitável, uma vez que acenta num processo racional” (Fortin, 2000:17).

Seaman citado por Fortin (2000:17), refere que a investigação científica consiste num “processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico” com o objetivo de descrever e explicar determinado fenómeno produzindo novo conhecimento.

A aquisição deste mesmo conhecimento obedece a um determinado processo, passando por uma primeira fase conceptual, a qual depois da formulação do problema em estudo, nos leva à revisão dos conceitos existentes sobre determinado domínio, fundamentais para a criação do “quadro de referência” que será utilizado ao longo de todo o processo de investigação (Fortin, 2000:40).

Esta pesquisa foi realizada, tendo em conta diversos objetivos, segundo Fortin (2000), o investigador pode fazê-lo com o intuito de delimitar o domínio da investigação, de levantar questões de investigação através das diversas leituras efetuadas ou ainda conhecer os métodos utilizados em trabalhos efetuados anteriormente.

Segundo Fortin a fase metodologica consiste em “precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades “necessárias para a realização da investigação que nos propomos fazer (2000:131).

Como foi descrito ao longo do capítulo anterior, a avaliação da qualidade envolve várias dimensões. Tendo em conta que a Ordem dos Enfermeiros considera a satisfação do utente perante os cuidados de enfermagem um indicador de qualidade, o estudo apresentado incide sobre a avaliação da

satisfação dos utentes internados num Serviço de Pneumologia de um hospital universitário.

Nesta investigação foram utilizadas duas técnicas de investigação, a documental e a não documental. A primeira consistiu na recolha aprofundada de informação sobre a problemática em estudo através da análise da bibliografia e a segunda na aplicação de um inquérito utilizando como fonte o recurso à pergunta. A utilização destas técnicas visou a máxima recolha de informação possível, aprofundando o tema a estudar (Tavares, 2007).

Ao longo deste capítulo serão apresentadas todas as atividades inerentes à elaboração deste estudo, indo de encontro aos objetivos delineados, dando assim resposta às questões de investigação.

Para melhor enquadrar a fase metodológica será primeiramente apresentada uma breve caracterização da Unidade Hospitalar onde decorreu a investigação ou seja, segundo Fortin “do meio onde o estudo será conduzido” justificando “a sua escolha” (2000:132).

Posteriormente serão apresentados os objetivos e questões de investigação; tipo de estudo; descrição das variáveis e da população alvo, apresentação do instrumento de colheita de dados, a colheita de dados e o tratamento e análise dos dados recolhidos.

2.1 - Caracterização da unidade hospitalar em estudo

O Hospital de Santa Maria foi concebido pelo arquiteto alemão Hermann Distel em 1938 e iniciada a sua construção em 1940, vindo a culminar em 1953, concretizando aquela que foi considerada na altura como uma das maiores realizações do Estado Português de todos os tempos, inserindo-se nos movimentos de inspiração e preocupação social integrados na reconstrução de uma Europa devastada pela tragédia que foi a II Guerra Mundial (CHLN, 2012).

Os progressos do conhecimento científico e das ciências médicas, impuseram alterações constantes, à estrutura e organização interna do Hospital: novas unidades assistenciais foram criadas, novos serviços surgiram em lugar de

outros que foram extintos, novas tecnologias e equipamentos foram instalados contribuindo para a completa transformação do Hospital de Santa Maria, deixando-o irreconhecível em relação ao modelo original (CHLN, 2012).

O Hospital de Santa Maria é um Hospital Central Universitário de referência nas vertentes Assistencial, de Ensino e Investigação (faculdade de medicina de Lisboa), sendo o topo na pirâmide de cuidados de saúde às populações.

Em 2007, o Hospital de Santa Maria em conjunto com o Hospital Pulido Valente formam o Centro Hospitalar Lisboa Norte - E.P.E.

Integrado neste Centro Hospitalar está o Serviço de Pneumologia I, que teve a sua origem em 1934 ainda no Hospital de Santa Marta com o nome de Clínica de Doenças Infeciosas, dando assistência aos doentes portadores de tuberculose. No entanto em 1954 transitou para o então “Hospital Escola” de Santa Maria, tendo evoluído até aos dias de hoje como um serviço especializado nas doenças do foro respiratório, prestando cuidados de saúde nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação quer em ambulatório quer em regime de internamento (CHLN, 2012).

O Serviço de Pneumologia I é constituído por diversos serviços de ação médica, abrangendo desde o Internamento, às Consultas Externas, Unidade de Técnicas Respiratórias, Unidade de Readaptação Respiratória e Hospital de Dia de Oncologia.

2.2 - Formulação dos objetivos e das questões de investigação

2.2.1 - Objetivos

Tendo em conta a pesquisa na literatura, a satisfação do utente poderá ser influenciada por diversos fatores, os quais já foram descritos no capítulo

anterior. A definição do objetivo de um estudo “ enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter resposta às suas questões de investigação” (Fortin, 2000:99).

Considerando a importância da existência de um papel ativo por parte do utente no seu processo de saúde/doença, e de nunca ter sido efetuado na Pneumologia I, um estudo direcionado para os cuidados de enfermagem, tornou-se pertinente a sua realização tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados, indo assim ao encontro das necessidades e expectativas dos seus utilizadores.

A definição do objetivo “ é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação”, pretendendo saber quais as variáveis que no contexto deste estudo influenciam a satisfação dos doentes internados (Fortin, 2000:100).

Foram assim elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspetiva da satisfação, tendo em conta a ótica dos utentes internados no serviço de Pneumologia I .

Objetivos Específicos:

- Conhecer a satisfação dos utentes internados no serviço de Pneumologia I face aos cuidados de enfermagem prestados.
- Identificar os fatores / características que contribuem para a satisfação dos utentes internados no serviço de Pneumologia I, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados.
- Identificar os fatores / características que contribuem para a insatisfação dos utentes internados no serviço de Pneumologia I, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados.
- Elaborar um plano de intervenção com sugestões de melhoria para a prestação dos cuidados de enfermagem no serviço de Pneumologia I.

2.2.2 – Questões de investigação

As questões de investigação segundo Fortin são “enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim como a população estudada”, tendo a sua origem nos objetivos definidos, especificando o objeto em estudo (Fortin, 2000:101).

Foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual o grau de satisfação dos utentes internados no serviço de Pneumologia I face aos cuidados de enfermagem ?
- Quais os fatores / características que contribuem para a satisfação dos utentes internados no serviço de Pneumologia I, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ?
- Quais os fatores / características que contribuem para a insatisfação dos utentes internados na Pneumologia I, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ?

2.3 – Tipo de estudo

Ao longo da pesquisa efetuada para a elaboração desta investigação, muita foi a literatura encontrada sobre a satisfação do utente, havendo já um grande conhecimento sobre o tema.

Tendo em conta os objetivos definidos anteriormente optou-se por um estudo:

Descritivo-Correlacional, porque discrimina os “fatores determinantes ou conceitos que eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”, caracterizando esse mesmo fenómeno, tentando “explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com vista a descrever essas mesmas relações” (Fortin, 2000:162 e 174).

Transversal, porque é efetuado num limite de tempo, em que os dados são tratados e analisados uma vez, e da forma como se apresentam naquele momento (Fortin, 2000).

Com abordagem:

Quantitativa, porque recolhe factos e estuda a relação existente entre eles, conduzindo a conclusões que são quantificáveis (Fortin, 2000).

Qualitativa, porque “procura descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza (...) e o sentido que os humanos lhe atribuem (Van Maanen citado por Fortin, 2000:148). Nestes estudos o investigador tem como principal objetivo conhecer uma determinada “realidade do ponto de vista” de quem a vive (Fortin, 2000:149). Este processo foi efetuado através da análise de conteúdo superficial, segundo Bardin.

Apesar de na pesquisa efetuada terem sido encontrados autores que punham em causa a utilização conjunta destes dois métodos , justificando que terão implicações teóricas (Brannen citado por Ferreira 1998) e que as duas abordagens têm pressupostos diferentes (Smith e Heshusus citado por Ferreira 1998), outros autores afirmam que um investigador não tem obrigatoriedade na utilização exclusiva de um dos métodos.

Patton citado por Ferreira refere que a utilização da triangulação, ou seja da combinação de metodologias e abordagens no mesmo estudo, contribuiu para que a investigação se torne mais sólida (1998).

Neste estudo e tendo em conta os diversos autores consultados, considerou-se importante a utilização em simultâneo da abordagem quantitativa e qualitativa. Se no primeiro, se faz uma análise da satisfação do utente nos serviços de internamento tendo em conta o conhecimento existente sobre o tema, na segunda será dada a oportunidade a cada indivíduo de descrever fatores que influenciaram o seu grau de satisfação/insatisfação, sem estarem singidos apenas aos fatores contidos no questionário, dando sugestões para a sua melhoria e tornando mais consistente os dados recolhidos até então.

2.4 – Variáveis

As variáveis segundo Fortin são “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”, sendo classificadas segundo a sua utilização (Fortin, 2000:36).

Segundo Polit e Hungler, citado por Fortin, “a atividade de investigação é empreendida a fim de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam, e como eles estão associados aos diferentes valores de outras variáveis” (2000:36-37).

Neste estudo, tendo em conta a pesquisa efetuada na literatura consideraram-se dois tipos de variáveis: as variáveis dependentes e as variáveis independentes.

2.4.1 – Variáveis dependentes

A variável dependente é aquela que sofre a influência das variáveis independentes, “é o comportamento, a resposta ou o resultado observado” da influência da variável independente (Carmo, 1998; Fortin, 2000:37).

Tendo em conta os objetivos do estudo e o conhecimento encontrado na bibliografia consultada, definiu-se como variável dependente a qualidade dos cuidados prestados, avaliada através da satisfação dos utentes, sendo esta influenciada por diversos fatores que serão descritos no ponto seguinte.

2.4.2 – Variáveis independentes

A variável independente segundo Carmo é uma variável estímulo ou *input*, “é o fator que é medido, manipulado ou selecionado pelo experimentador para determinar a sua relação com um fenómeno observado”, é aquela que irá influenciar de alguma forma a variável dependente (1998:240).

Segundo Fortin, as variáveis de caracterização ou de atributos, “são as características dos sujeitos” que fazem parte da amostra, sendo geralmente aspetos demográficos relacionados com as necessidades do estudo (2000:37).

No entanto estas variáveis tornam-se também independentes, quando têm a capacidade de influenciar o grau de satisfação dos utentes internados, como já foi abordado ao longo do capítulo do enquadramento conceptual.

Foram definidas para esta investigação as seguintes variáveis de caracterização: Género, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação laboral, situação familiar, serviço de internamento, tempo de internamento e hospitalizações anteriores.

No entanto existem outros fatores que poderão influenciar a satisfação do utente em relação aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do internamento, classificaram-se esses mesmo fatores em três dimensões : os aspetos estruturais e organizacionais, os aspetos técnicos e os aspetos relacionais da prestação profissional dos enfermeiros que passo a enumerar:

Aspetos estruturais e organizacionais: Limpeza e higiene das enfermarias/instalações sanitárias, temperatura ambiente, conforto das camas e da roupa, ruído e sinalização existente no serviço; informação sobre o funcionamento do serviço, informação sobre os horários das visitas.

Aspetos Técnicos: explicação dada sobre os procedimentos; conhecimentos demonstrados pelos enfermeiros; ensinamentos efetuados pelos enfermeiros; informação dos cuidados que necessita em casa e informação sobre o dia da alta.

Aspetos relacionais: Acolhimento no dia do internamento; apresentação do enfermeiro; disponibilidade demonstrada; simpatia; tom de voz utilizado; favorecimento de uns utentes em detrimento de outros; linguagem utilizada; atenção dispensada; manutenção da privacidade; importância dada à informação fornecida pelo enfermeiro; colocação de dúvidas sem constrangimentos; verificação do bem estar do doente; e tranquilização dos familiares.

Todos estes fatores que de alguma forma influenciam a satisfação do utentes são considerados como variáveis independentes.

2.5 – População do estudo

Uma população é “ uma coleção de elementos ou de simples sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” e que por esse motivo vão de encontro aos critérios de seleção definidos previamente pelo investigador (Fortin, 2000:202).

Neste estudo não houve necessidade de recorrer a amostra, optando-se por estudar a população na sua totalidade, sendo esta constituída por todos os utentes internados nos três serviços da Pneumologia I (Enfermaria Mulheres, Enfermaria Homens e Unidade de Cuidados Intensivos), no período compreendido entre 10 de abril e 10 de Junho.

No entanto foram criados critérios de exclusão, pela possibilidade de haver utentes que não cumprissem algumas características necessárias para o preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Os critérios de exclusão foram, os utentes que:

- Não quiseram participar no estudo
- Não tinham capacidades cognitivas para preencher o questionário
- Não sabiam ler nem escrever.
- Tinham tido alta, por transferência para outro serviço ou instituição nas primeiras 24 horas de internamento.
- Tinham sido transferidos para um dos serviços de internamento da Pneumologia I

2.6 – Instrumento de recolha de dados

A escolha do método de colheita de dados está relacionada com o “problema em estudo”, fazendo-se de acordo com as variáveis e a sua “operacionalização”, assim como da estratégia que irá ser utilizada na análise estatística dos dados (Fortin, 2000:239).

Segundo Fortin o investigador deverá “perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular, é exatamente a que tem necessidade para responder aos objetivos da sua investigação” (2000, 240).

A mesma autora refere que em estudos descritivos, em que existe já um certo conhecimento sobre o fenómeno em estudo e em que o investigador “descreve os fatores ou variáveis e deteta relações entre” elas, os métodos utilizados recaem sobre aqueles que são mais estruturados, como por exemplo o inquério por questionário (Fortin, 2000:240).

Segundo Ghiglione, “o inquérito é um dos instrumentos mais amplamente utilizados em investigação sociológica e psicológica” (Ghiglione, 2001:7). É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, organizando e controlando os dados de forma a que as informações procuradas possam ser “recolhidas de forma rigorosa” (Fortin, 2000: 249).

Para Ghiglione a utilização do questionário é necessária quando:

- A informação que pretendemos colher está relacionada com “uma grande quantidade de comportamentos de um mesmo individuo”, e cuja observação direta seria impossível de efetuar.
- A observação direta de determinados comportamentos “pressupõe uma intimidade frequente” que não seria aceitável do ponto de vista deontológico.
- Para compreender um fenómeno, “como as atitudes, as opiniões, as preferências (...) que apenas são exprimidas pela linguagem” e não de forma espontânea (Ghiglione, 2001:12-13).

É uma técnica de simples aplicação, sendo utilizada quando se pretende a generalização de determinado fenómeno (Ghiglione, 2001).

No entanto apresenta duas dificuldades na sua aplicabilidade, a nível científico e metodológico: “na primeira é necessário ter em consideração a linguagem utilizada, devendo ser abrangente a todos os inquiridos , por outro lado no campo metodológico, a interpretação dos resultados deverá ser isenta de ideias pré concebidas, pois se assim não for correremos o risco dos resultados não serem fiáveis” (Ghiglione, 2001: 17).

Tendo estes fatores em conta e os estudos encontrados nesta área, considerou-se o inquérito por questionário o instrumento mais adequado para a recolha de dados.

2.6.1 – Construção do questionário

A opção da construção de um questionário para este estudo deveu-se ao facto de através da pesquisa efetuada, os instrumentos encontrados serem demasiado extensos e/ou não corresponderem na sua totalidade aos objetivos do estudo.

A construção do instrumento de colheita de dados teve por base a vasta literatura e outros questionários e estudos existentes sobre o tema, tendo havido na sua elaboração alguns cuidados de forma a minimizar a margem de erro que poderiam influenciar os resultados obtidos.

Procurou-se formular questões claras, com linguagem simples de modo a adequar-se às diversas habilitações literárias, evitando assim a falta ou a dificuldade na compreensão das perguntas a qual poderia influenciar os resultados (Tavares, 2007 ; Hill, 2012).

Cada pergunta apenas mede uma variável, impossibilitando uma resposta múltipla (Tavares, 2007), tendo sido, na sua maioria elaboradas perguntas para medir atitudes e satisfações. Este tipo de perguntas devem ter “uma forma neutra, ou seja não devem ter uma forma que convide a uma só

resposta positiva, ou uma só resposta negativa” (Hill, 2012:99), sendo a possibilidade de resposta negativa igual à da resposta positiva (Tavres, 2007). Assim, tendo este aspeto em consideração, foram utilizadas escalas de Likert, com pontuações de 1 a 5, sendo a pontuação 3 a forma neutra, estando as respostas positivas e negativas equilibradas com duas possibilidades cada.

Para Tavares, a ordenação das questões ao longo do instrumento de colheita de dados é um ponto importante a ter em consideração, pois a sua localização poderá influenciar a resposta dos respondentes. Deverão ser colocadas no fim as mais “polémicas”, ou de natureza pessoal, evitando também que a resposta a determinada pergunta possa de alguma forma influenciar uma resposta posterior (2012:84). Assim ao longo do questionário tentou-se criar uma determinada sequência tendo em conta o percurso que o utente faz desde o internamento no serviço até à alta.

Relativamente ao tamanho do questionário o mesmo autor refere que questionários pequenos e demasiado grandes poderão apresentar algumas desvantagens, se por um lado no primeiro caso poderemos não recolher toda a informação necessária para o estudo, no segundo poderá haver saturação por parte do inquirido, diminuindo a sua concentração no preenchimento do mesmo, levando a “perda efetiva de informação” (Tavares, 2007:85).

Tendo em conta estas considerações decidiu-se na elaboração do questionário, que teria uma dimensão pequena e de rápido preenchimento, não esquecendo claro, a informação que teria que ser recolhida tendo em conta os objetivos delineados inicialmente para o estudo.

Assim sendo, o questionário foi organizado em três partes, tendo como início uma pequena introdução, onde são explicadas as finalidades do instrumento de colheita de dados, sensibilizando o sujeito para a importância do seu contributo no preenchimento correto do questionário, assim como a confidencialidade das suas respostas.

A primeira parte irá avaliar a satisfação do utente relativamente ao acolhimento efetuado no serviço pelos enfermeiros e às instalações físicas (limpeza e higiene, conforto, ruído e sinalização para orientação dos utentes), sendo

constituída por um conjunto de afirmações em que o inquirido manifesta a sua satisfação, através de uma escala tipo Likert de cinco pontos, sendo o ponto 1 muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito.

A segunda parte corresponde à satisfação dos utentes relativamente:

- aos aspetos técnicos (explicação dada sobre os procedimentos, conhecimentos demonstrados pelos enfermeiros, ensinios efetuados, informação sobre os cuidados que o utente necessita em casa e altura da informação sobre a alta);
- aos aspetos relacionais (disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros, simpatia, tom de voz utilizado, favorecimento de uns doentes em detrimento de outros, linguagem utilizada, atenção dispensada, manutenção da privacidade, apresentação do enfermeiro e tranquilização dos familiares);
- aos aspetos organizacionais (informação sobre o funcionamento do serviço, horário das visitas e) e;
- ao grau de satisfação relativamente ao internamento.

Constituída por afirmações em que o inquirido manifesta a sua opinião através de uma escala tipo Likert de cinco pontos, sendo o ponto 1 discordo totalmente e o ponto 5 concordo totalmente. A segunda parte contempla ainda três perguntas abertas, onde o inquirido poderá, sem qualquer limitação, dar a sua opinião sobre os fatores que contribuíram para a sua satisfação, os aspetos que considerou negativos ao longo do internamento e por fim dar sugestões de melhoria para esses mesmos aspetos negativos.

A terceira parte consiste na recolha de dados demográficos sobre cada indivíduo, com o objetivo de conseguir caracterizar a amostra populacional. A escolha da sua colocação no final do questionário, prende-se com a possível influência no preenchimento dos dados, pela relação social estabelecida.

2.6.2 – Pré - teste

Segundo Fortin, “terminada a primeira redação do questionário, é altura de submeter esta versão à discussão e à crítica de outras pessoas peritas no conteúdo, na arte de construir um questionário, e capazes de detetar os erros técnicos e gramaticais” (Fortin, 2000:253).

A validação do questionário, foi efetuada através da apreciação do mesmo por dois grupos, o primeiro constituído por 3 peritos nas áreas da Qualidade, Enfermagem e Investigação e o segundo por seis utentes internados na Pneumologia I os quais tinham as mesmas características da população alvo.

Esta validação teve como objetivo saber se o questionário fazia sentido e se ia ao encontro dos objetivos do trabalho. A aplicação aos utentes teve ainda a mais valia de sabermos se:

- As questões estavam elaboradas de forma clara e objetiva
- O vocabulário era acessível e facilmente compreensível
- As questões apresentavam ambiguidade

Esta etapa é de extrema importância, pois é através dela que é possível “corrigir e modificar o questionário, verificando a redação” ou a ordenação das questões (Fortin, 2000:253).

Segundo Fortin através do pré-teste poderemos verificar se “os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos”; se as questões elaboradas permitem a recolha da informação desejada; se o questionário não é demasiado longo provocando desinteresse e por fim se as questões não apresentam ambiguidade (Fortin, 2000:253).

Após a análise dos questionários recolhidos, verificou-se que nos dados demográfico era necessário alterar o simbolo para colocação do (x), pois inicialmente estava um circulo tendo sido alterado para um quadrado. Verificou-se ainda que houve 2 respondentes que não preencheram as últimas duas páginas, a sua justificação está relacionada com a perceção do termino do questionário na página 3, pois a última pergunta é uma pergunta aberta.

Assim, foi colocado no final da página a sigla v.s.f.f. com uma seta. Relativamente às afirmações e às suas respostas não surgiram dificuldades.

2.7 – Recolha de dados

Antes da aplicação do instrumento de recolha de dados (anexo I), foram necessários quatro procedimentos para que pudesse distribuir o questionário nos serviços pretendidos:

- Construção do impresso para o consentimento informado (anexo II)
- Pedir autorização à Direção de Enfermagem (anexo III).
- Pedir autorização à Administração da Instituição Hospitalar (anexo IV).
- Solicitar o parecer à comissão de ética

Foram elaboradas cartas para o efeito, as quais referiam os objetivos do estudo e o local onde seria aplicado, anexando-se o questionário e o impresso do consentimento informado. No caso da comissão de ética foi necessária a apresentação do curriculum vitae da autora, uma proposta do Projeto de investigação e o preenchimento do questionário fornecido pela comissão.

Após autorização para aplicação do questionário das diversas entidades (anexo V, anexo VI e anexo VII), solicitou-se às Sras Enfermeiras Chefes de cada Serviço a colaboração para a entrega dos questionários que depois de preenchido foram recolhidos.

A altura da colheita de dados foi uma decisão ponderada tendo em conta alguns fatores, se por um lado a entrega do instrumento de colheita de dados no dia da alta poderia levar a respostas muito positivas por ser um momento de alegria para o doente, porque iria sair do serviço; por outro poderia levar a uma maior sinceridade por parte de cada sujeito, devido a esse mesmo facto. Por este motivo decidiu-se que este seria o melhor momento para o preenchimento do questionário.

A possibilidade de entrega ao longo do internamento não foi considerada, porque poderia levar a algum constrangimento nas respostas por parte do utente, dado manter a sua permanência no serviço depois do seu preenchimento.

O questionário foi entregue na Pneumologia I, nos serviços de internamento:

- Enfermaria Mulheres (Piso 9)
- Enfermaria Homens (Piso 8)
- Unidade de Cuidados Intensivos / Unidade de Ventilação não Invasiva (Piso 9)

O questionário foi aplicado entre 10 de abril e 10 de junho de 2012.

Dos 286 utentes admitidos na pneumologia I no período em que decorreu o estudo:

- 51 faleceram
- 35 foram transferidos entre serviços da pneumologia ou permaneceram no serviço menos de 24 horas
- 190 tiveram alta para o domicílio, foram transferidos para outros serviços ou instituições.

Foram recolhidos 46 questionários, todos válidos.

2.8 – Tratamento e análise dos dados

No estudo apresentado os dados demográficos e os dados recolhidos através da escala tipo Likert foram analisados através do programa informático SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences) .

No questionário elaborado, estão presentes 3 itens que estão formulados de forma negativa os quais passamos a enumerar:

Item nº 9 – *Os enfermeiros favoreciam mais uns doentes do que outros*

Item nº 12 – *Os enfermeiros pareciam não perceber o que eu estava a sentir*

Item nº 24 – *Disseram-me que ia ter alta hoje*

Estes itens tiveram que ser convertidos para que ao longo do tratamento dos dados a pontuação da escala fosse interpretável.

Relativamente ao tratamento das últimas três perguntas do questionário referente aos fatores que contribuíram para a satisfação do utente, os fatores que considerou negativos ao longo do internamento e as sugestões para melhorar esses aspetos negativos, foi realizada uma análise superficial, baseada no método de análise temática de conteúdo, segundo Bardin.

Capítulo III – Apresentação dos resultados

3.1 – Caracterização da população

Neste ponto pretendemos caracterizar a população que foi alvo do estudo. Para isso utilizámos diversos parâmetros que passaremos a apresentar através de tabelas e gráficos, os quais são o resultado do tratamento da informação constante nos questionários através do programa SPSS.

Distribuição da população relativamente ao sexo

Da população em estudo, constituída por 46 utentes internados nos 3 serviços da pneumologia I e que tiveram alta dentro do período de tempo de aplicação do questionário, 23 eram do sexo masculino (50%) e 23 do sexo feminino (50%), conforme **Tabela 1** apresentada seguidamente.

Tabela 1 – Distribuição da população relativamente ao sexo

Sexo	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Masc	23	50,0	50,0	50,0
Fem	23	50,0	50,0	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Distribuição da população relativamente à idade

Verificamos através do **Gráfico 1** que a baixo se apresenta, que 60,9% dos utentes internados no serviço de Pneumologia I têm idade superior ou igual a 55 anos e apenas 15,2% tem idades inferiores a 35 anos, tornando a população maioritariamente idosa.

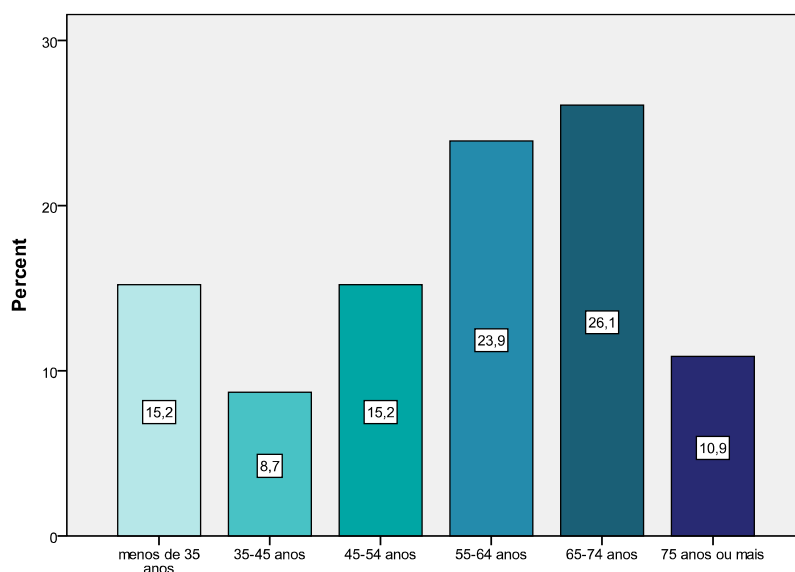


Gráfico 1 – Distribuição da população relativamente à idade

Distribuição da população relativamente ao estado civil

Conforme a **Tabela 2** apresentada em baixo, a classe com maior frequência diz respeito aos utentes casados, com 60,9%.

Tabela 2 – Distribuição da população relativamente ao estado civil

Estado civil	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Solteiro	10	21,7	21,7	21,7
Casado	28	60,9	60,9	82,6
Divorciado	2	4,3	4,3	87,0
Viúvo	6	13,0	13,0	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Distribuição da população relativamente ao nível de escolaridade

Verificamos na **Tabela 3** representada em baixo, que a maioria da população, correspondendo a 56,5% tem escolaridade até ao 3º ciclo. Este dado vai ao

encontro da idade da população em estudo, em que a maioria tem idade superior aos 55 anos, logo com maior probabilidade de apenas ter concluído o ensino obrigatório.

Tabela 3 – Distribuição da população relativamente ao nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
1º ciclo	5	10,9	10,9	10,9
2º ciclo	7	15,2	15,2	26,1
3º ciclo	14	30,4	30,4	56,5
Ensino secundário	10	21,7	21,7	78,3
Ensino superior	10	21,7	21,7	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Distribuição da população relativamente à situação profissional

Podemos observar no **Tabela 4**, apresentada seguidamente, que a maioria dos utentes internados não tem uma atividade laboral (54,3%), o que está em sintonia com o escalão etário da maioria da população em estudo.

Tabela 4 – Distribuição da população relativamente à situação profissional

Situação Profissional	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
empregado	21	45,7	45,7	45,7
desempregado	2	4,3	4,3	50,0
reformado	23	50,0	50,0	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Distribuição da população relativamente às pessoas com quem vive

Observando a **Tabela 5** representada em baixo, verificamos que 37 dos sujeitos (80,4%) vivem com familiares e 9 (19,4%) sozinhos. Na população em estudo nenhum dos sujeitos vivia em instituições.

Tendo em conta que o escalão etário da população em estudo é elevado, o facto de a maioria viver com familiares, poderá traduzir um aspeto positivo, no sentido do apoio daqueles que lhe estão mais próximos, em caso de haver agravamento do seu estado de saúde com eventual dependência nas suas atividades de vida diárias.

Tabela 5 – Distribuição da população relativamente às pessoas com quem vive

Pessoas com quem vive	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
sozinho	9	19,6	19,6	19,6
com familiares	37	80,4	80,4	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Distribuição da população relativamente ao internamento atual

A distribuição da população pelos serviços de internamento da Pneumologia I, é bastante semelhante conforme **Tabela 6**, abaixo representada, sendo os utentes internados na Pneumologia 9, a maioria dos sujeitos da população em estudo, com 37%.

Tabela 6 – Distribuição da população relativamente ao internamento atual

Internamento atual	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
pneumologia 8	15	32,6	32,6	32,6
pneumologia 9	17	37,0	37,0	69,6
unidade de cuidados intensivos	14	30,4	30,4	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Distribuição da população relativamente ao tempo de internamento

Podemos observar na **Tabela 7**, que dos 46 sujeitos que constituem a população estudada, 42 (91,3%), tiveram um internamento igual ou superior a 5 dias. 20 utentes correspondendo a 43,5% tiveram internamento superior a 10 dias.

Tabela 7 – Distribuição da população relativamente ao tempo de internamento

Tempo de internamento	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
menos de 5 dias	4	8,7	8,7	8,7
5 a 10 dias	22	47,8	47,8	56,5
mais de 10 dias	20	43,5	43,5	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Poderemos ainda tentar perceber como se distribuiu o tempo de internamento relativamente aos serviços da pneumologia I.

Assim conforme mostra o **Gráfico 2**, representado em baixo, poderemos observar que, tendo em conta o número de utentes internados em cada serviço, a unidade de cuidados intensivos é aquela onde a maioria dos utentes apresenta o tempo de internamento mais prolongado. Este facto poderá estar relacionado com a gravidade do estado de saúde que geralmente envolve estes utentes.

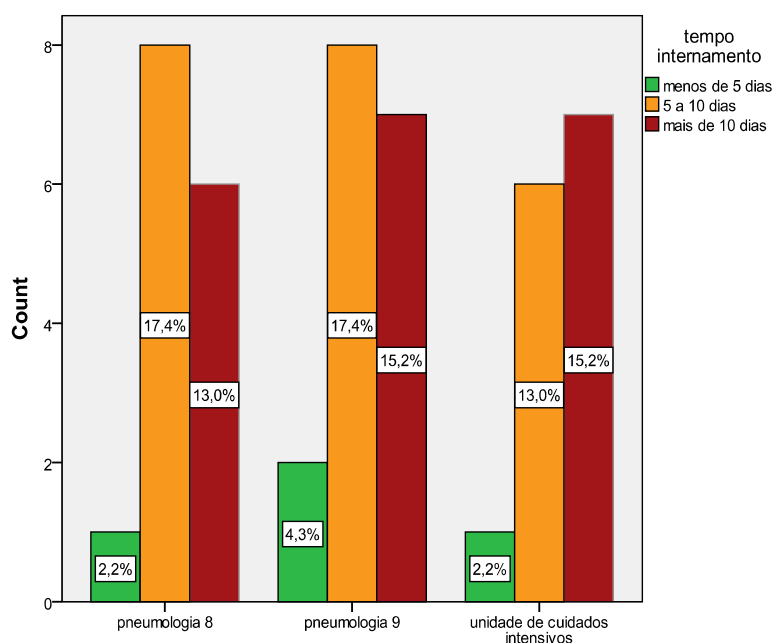


Gráfico 2 – Distribuição da população relativamente ao tempo de internamento e ao serviço onde se encontra internado

Distribuição da população relativamente à existência de hospitalizações anteriores

Conforme apresentação na **Tabela 8**, a maioria dos sujeitos, correspondendo a 71,7% já estiveram internados anteriormente. Destes utentes 54,5% (18 sujeitos) referem que os internamentos anteriores foram apenas noutra serviço conforme mostra o **gráfico 3**.

Tabela 8 – Distribuição da população relativamente à existência de hospitalizações anteriores

Hospitalizações anteriores	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
sim	33	71,7	71,7	71,7
não	13	28,3	28,3	100,0
Total	46	100,0	100,0	

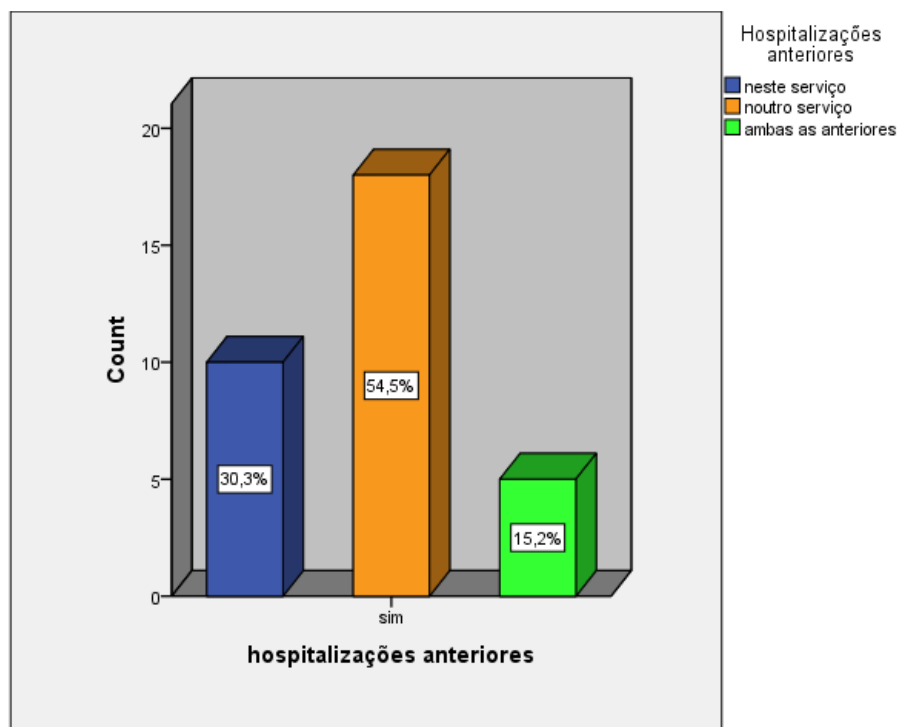


Gráfico 3 – Distribuição da população relativamente ao local das hospitalizações

3.2 – Fatores influenciadores da satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem, percecionados pelo utente

Conforme descrito na teoria, diversos são os fatores ou características que poderão influenciar a satisfação do utente. Dado esses fatores serem de diversa natureza, não quisemos apenas abordar aqueles que estão unicamente relacionados com os cuidados de enfermagem, tentámos ir um pouco mais além, incluindo também fatores relacionados com a estrutura e a organização do serviço onde decorre o internamento.

Salienta-se que na construção das tabelas que estão representadas em baixo, foram utilizadas as variáveis invertidas descritas no capítulo da Metodologia.

Pretendemos assim, apresentar quais os itens constantes do questionário, que tiveram maior ponderação ao longo do internamento, por parte dos utentes. Ou seja, quais foram aqueles em que o grau de satisfação era maior.

Com o objetivo de uma melhor interpretação das tabelas apresentadas considerou-se necessária uma breve explicação da forma como foram obtidos os resultados.

Assim:

- ✓ Foram apenas considerados os itens que eram avaliados por parte do utente, através da aplicação de uma escala tipo Lickert e que representam os fatores que poderiam influenciar a sua satisfação ao longo do internamento.
- ✓ Agruparam-se os itens de forma a criar três dimensões: aspetos estruturais e de organização, aspetos técnicos e aspetos relacionais.
- ✓ Encontrou-se um valor máximo esperado para cada item: considerando que a escala tem uma ponderação mínima de 1 (muito insatisfeito) e máxima de 5 (muito satisfeito), multiplicou-se a ponderação máxima pelo número de sujeitos que responderam ao questionário e que constituem a população em estudo ($5 \times 46 = 230$). Este valor seria aquele que obteríamos se todos os sujeitos estivessem *muito satisfeitos* com um determinado item.
- ✓ Criaram-se no programa informático SPSS, tabelas de frequência para cada item e somaram-se as respostas dadas pelos sujeitos, obtendo-se o valor máximo observado após leitura dos questionários. Tomemos o seguinte exemplo, que representa o primeiro item da **Tabela 10**.

Acolhimento no dia do internamento	Percentagem		Percentagem válida	Percentagem acumulada
	Frequência	Percentagem		
Muito satisfeito	27	58,7	58,7	58,7
Satisfeito	19	41,3	41,3	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Muito satisfeito (valor 5 na escala tipo Lickert)

Satisfeito (valor 4 na escala de Lickert)

Valor máximo observado = $(27 \times 5) + (19 \times 4) = 211$

- ✓ Transformou-se o valor máximo observado numa percentagem, para uma visualização mais fácil:

Valor percentual = $(\text{Valor máximo observado} \times 100) / \text{valor máximo esperado}$

Valor percentual = $(211 \times 100) / 230 = 91,7\%$

- ✓ Ordenou-se de forma decrescente os valores de forma a visualizarmos melhor aqueles que correspondem a um maior grau de satisfação.

Serão apresentados seguidamente os scores encontrados para as três dimensões.

3.2.1 – Aspetos estruturais e de organização dos serviços

Após o cálculo dos *scores* relativos aos diversos itens constantes na dimensão dos aspetos estruturais e de organização, poderemos observar através da **Tabela 9** que o item com *score* mais elevado ou seja com o qual os utentes estavam mais satisfeitos diz respeito ao *Acolhimento efetuado no serviço pelos enfermeiros no dia do internamento*, com um *score* de 91,7%. É ainda de salientar que os aspetos com *score* mais baixo ou seja em que os utentes se

encontram menos satisfeitos, dizem respeito à limpeza e higiene das instalações sanitárias e ao ruído com uma percentagem de 75,2 cada um.

Tabela 9 – Ordenação decrescente dos aspetos estruturais e de organização do serviço de acordo com o grau de satisfação

Aspetos Estruturais e de Organização	Score		
	Máximo esperado	Máximo observado	%
Acolhimento efetuado no serviço pelos enfermeiros no dia do internamento	230	211	91,7
Limpeza e higiene da enfermaria	230	203	88,3
Preocupação por parte dos enfermeiros em dar informações sobre o funcionamento do serviço	230	196	85,2
Conforto (temperatura ambiente, roupa, conforto das camas)	230	195	84,8
Sinalização existente no serviço para orientação dos utentes	230	186	80,8
Preocupação por parte dos enfermeiros em dar informação sobre o horário das visitas	230	185	80,4
Limpeza e higiene das instalações sanitárias	230	173	75,2
Ruído	230	173	75,2

3.2.2 – Aspetos técnicos

Tendo em conta a população que participou no estudo, relativamente aos aspetos profissionais e de conhecimento relacionados com os enfermeiros, poderemos observar na **Tabela 10**, que o score mais elevado diz respeito aos itens: *Verificação regular por parte dos enfermeiros do estado do utente e Conhecimentos necessários por parte do enfermeiro para a prestação de cuidados*, com uma percentagem de 89,1.

Os restantes itens apresentam scores bastante semelhantes (com excepção do último), o que significa uma avaliação positiva por parte dos utentes em relação aos aspetos profissionais e de conhecimento, demonstrados pelos enfermeiros na sua prestação de cuidados ao longo do internamento.

Relativamente ao último item *Informação sobre a alta no próprio dia*, podemos observar através da **Tabela 10** que existe uma grande diferença deste item para os restantes, este aspeto deve-se ao facto de, ao longo do período em que decorreu o estudo existirem utentes que receberam a informação da alta no próprio dia conforme podemos observar na **Tabela 11**.

Este aspeto contraria as boas práticas em relação à continuidade dos cuidados no domicílio. A decisão da alta clínica diz respeito ao médico e a preparação da mesma deverá começar no primeiro dia do internamento por parte de toda a equipa multidisciplinar. No entanto, percebemos, que se essa decisão for tomada no próprio dia, poderá influenciar a atuação dos enfermeiros, no que diz respeito a alguns ensinamentos quer ao utente, quer ao seu cuidador principal, se for caso disso. Deverá ser um aspeto a limar, com o objetivo de caminharmos cada vez mais para a excelência dos cuidados prestados.

Tabela 10 – Ordenação decrescente dos aspetos técnicos de acordo com o grau de satisfação

Aspetos Técnicos	Score		
	Máximo esperado	Máximo observado	%
Verificação regular por parte dos enfermeiros do estado do utente	230	205	89,1
Conhecimentos necessários por parte do enfermeiro para a prestação de cuidados	230	205	89,1
Preocupação em realizar ensinios de acordo com os cuidados necessários	230	204	88,7
Explicação sobre a medicação	230	198	86
Informação dada pelo enfermeiros sobre os cuidados no domicílio	230	198	86
Explicação sobre os exames a efetuar	230	197	85,6
Informação sobre a alta no próprio dia	230	112	48,7

Tabela 11 – Distribuição da população relativamente à informação da alta no próprio dia

Informação da alta no próprio dia	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
concordo totalmente	14	30,4	30,4	30,4
concordo	15	32,6	32,6	63,0
nem discordo nem concordo	3	6,5	6,5	69,6
discordo	11	23,9	23,9	93,5
discordo totalmente	3	6,5	6,5	100,0
Total	46	100,0	100,0	

3.2.3 - Aspetos relacionais

No que diz respeito aos aspetos relacionais, de um modo geral os utentes apresentam um grau de satisfação elevado. Os itens com maior score, conforme **Tabela 12** abaixo representada, dizem respeito à importância atribuída à *informação dada sobre a medicação e exames*, à preocupação em *manter a privacidade*, à *simpatia e disponibilidade* que os enfermeiros demonstravam na prestação de cuidados assim como a utilização de uma linguagem de fácil compreensão.

É ainda de salientar que os itens com score mais baixo, embora com ponderação bastante positiva, dizem respeito à *apresentação do enfermeiro quando não conhecia o utente* e à *tranquilização dos familiares por parte dos enfermeiros* ambas com 80%.

Tabela 12 – Ordenação decrescente dos aspetos relacionais entre utente e enfermeiros que influenciam o grau de satisfação

Aspetos Relacionais utente/enfermeiros	Score		
	Máximo esperado	Máximo observado	%
Importância atribuída à informação dada pelos enfermeiros em relação à medicação e exames	230	217	94,3
Manter a privacidade na prestação de cuidados	230	214	93
Disponibilidade do enfermeiro quando era solicitado	230	212	92,2
Simpatia do enfermeiro quando era solicitado	230	210	91,3
Utilização de linguagem de fácil compreensão	230	210	91,3
Utilização de tom de voz adequado	230	205	89,2
À vontade sentido pelo utente para colocar dúvidas	230	204	88,7

(continuação da Tabela 12)

Maior favorecimento de uns utentes em relação a outros por parte dos enfermeiros	230	203	88,3
Dificuldade por parte do enfermeiro em perceber os sentimentos do utente	230	201	87,4
Sentimento de segurança por parte do utente quando o enfermeiro estava presente	230	199	86,5
Rapidez do enfermeiro em dar resposta quando era solicitado	230	195	84,8
Tempo dispendido pelo enfermeiro	230	194	84,3
Apresentação do enfermeiro quando não conheciam o utente	230	184	80
Tranquilização dos familiares por parte dos enfermeiros	230	184	80

3.3 - Grau de satisfação dos utentes relativamente ao internamento atual

Apresentaremos em seguida os valores resultantes do tratamento da informação constante dos questionários, relativamente ao grau de satisfação dos utentes. Assim conforme consta da **Tabela 13** abaixo apresentada, poderemos observar que 95,6 % dos utentes se encontram satisfeitos em relação ao atual internamento. Salienta-se que na população em estudo nenhum sujeito referiu estar *insatisfeito* ou *muito insatisfeito*.

Tabela 13 – Distribuição da população relativamente ao grau de satisfação no internamento atual

Grau de satisfação em relação ao internamento atual	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
nem satisfeito nem insatisfeito	2	4,3	4,3	4,3
satisfeito	15	32,6	32,6	37,0
muito satisfeito	29	63,0	63,0	100,0
Total	46	100,0	100,0	

3.4 – Análise da correlação entre variáveis

A correlação entre variáveis permite-nos relacionar determinados dados, com o fim de retirar conclusões que possam de alguma forma consolidar os resultados do estudo em curso.

No caso concreto era importante perceber se os fatores (apresentados no questionário) que influenciam a satisfação, tinham alguma relação com o grau de satisfação apresentado pelos utentes. Dado estas variáveis serem ordinais, ou seja, utilizarem ordenações e não valores absolutos, escolheu-se um teste não paramétrico, o coeficiente de correlação de Spearman o qual mede a intensidade da relação entre variáveis.

Este coeficiente varia entre -1 e 1, quanto mais próximo de 1, mais forte é a associação entre variáveis. Se assumir valores positivos quer dizer que as variáveis evoluem no mesmo sentido, se pelo contrário assumirem valores negativos significa que as variáveis evoluem no sentido inverso (Martinez, 2010).

Para conseguir determinar se existe correlação entre as duas variáveis tivemos, primeiramente de criar 3 novas variáveis, associando os diversos itens correspondentes às três dimensões criadas anteriormente:

- Aspectos estruturais e de organização dos serviços

-Aspectos técnicos

-Aspectos relacionais

Tendo em conta o que foi dito, calculou-se o coeficiente de Spearman para cada dimensão, conforme as tabelas que a baixo se apresentam.

Podemos observar na **Tabela 14**, que o coeficiente encontrado entre os *aspectos estruturais e de organização* e o *grau de satisfação* do utente apresenta um valor de 0,656, o que significa que existe uma ligeira relação positiva entre as duas variáveis.

Tabela 14 – Correlação entre o grau de satisfação e os aspectos estruturais e de organização

			Aspectos estruturais e organização	Grau satisfação
Spearman's rho	Aspectos estruturais e organização	Coeficiente de correlação	1,000	,656**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	46	46
	Grua satisfação	Coeficiente de correlação	,656**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	46	46

**a correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

Relativamente à segunda dimensão, *aspectos técnicos*, podemos observar na **Tabela 15** que o coeficiente calculado é de 0.521 o que revela não existir relação significativa entre as duas variáveis para a população em estudo.

Tabela 15 – Correlação entre o grau de satisfação e os aspetos técnicos

			Aspetos técnicos	Grau satisfação
Spearman's rho	Aspetos técnicos	Coeficiente de correlação	1,000	,521**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	46	46
	Grau satisfação	Coeficiente de correlação	,521**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	46	46

** . a correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

Conforme mostra a **Tabela 16**, o coeficiente entre as variáveis *grau de satisfação* e *aspetos relacionais* apresenta um valor de 0,514, o que revela não existir relação significativa entre as duas variáveis.

Tabela 16 – Correlação entre o grau de satisfação e os aspetos relacionais

			Aspetos relacionais	Grau satisfação
Spearman's rho	Aspetos relacionais	Coeficiente de correlação	1,000	,514**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	46	46
	Grau satisfação	Coeficiente de correlação	,514**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	46	46

** . a correlação é significativa ao nível 0,01(2-tailed).

Podemos assim concluir até agora, que apesar de todos os utentes apresentarem um grau de satisfação positivo relativamente ao internamento, essa satisfação não é significativamente influenciada pelos aspetos contidos nas três dimensões apresentadas.

3.5 – Análise de conteúdo

Terminada a apresentação dos resultados, chegou o momento de analisar através da abordagem qualitativa, as perguntas abertas existentes no questionário e saber, em relação aos enfermeiros, quais os fatores que contribuíram para a satisfação do utentes ao longo do internamento, quais os fatores considerados negativos e quais as sugestões dadas pelos sujeitos de forma a melhorar esses mesmos aspetos negativos.

Para o efeito foi realizada uma análise superficial das respostas dadas, tendo em conta a perspetiva de Bardin.

Oliveira (2003), refere que a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de exploração de documentos que procura identificar os principais conceitos ou os principais temas abordados” num determinado documento e cuja principal finalidade é encontrar ao longo do texto todas as unidades de registos de forma a dar resposta aos objetivos estabelecidos no início do estudo.

A análise de conteúdo foi efetuada em diversas etapas, as quais se passam a descrever, dando origem às tabelas apresentadas e posterior interpretação.

1ª – Organização dos questionários de forma a colocar de parte aqueles que não tinham nenhuma das perguntas respondidas.

2ª- Definição das unidades de registo, através da leitura do texto de forma a identificar temas, objetos, acontecimentos entre outras, que estejam relacionadas com o objetivo do estudo.

3ª – Agruparam-se as Unidades de Registo conforme o tema que representavam dando origem a Unidades de Contexto.

4ª – Criaram-se as Unidades de Enumeração, considerando-se que a presença no texto de uma Unidade de registo contava como um valor para a Unidade de Enumeração.

5ª – Interpretaram-se os resultados obtidos.

As tabelas que se seguem, são o resultado da análise efetuada individualmente para cada pergunta do questionário.

Relativamente à primeira pergunta: *Em relação aos enfermeiros, quais os fatores que contribuíram para a sua satisfação ao longo deste internamento?*, responderam 35 sujeitos o que representa 76% da população.

Conforme **Tabela 17**, que em baixo se representa, podemos verificar que em relação aos aspetos relacionais a unidade de registo com maiores unidades de enumeração diz respeito à disponibilidade e simpatia demonstradas pelos enfermeiros ao longo do internamento. Em relação aos aspetos profissionais, os conhecimentos/competências e o profissionalismo foram as unidades de registo que melhor contribuíram para a satisfação dos utentes.

Tabela 17 - Distribuição das Unidades relativamente aos **fatores que contribuíram para a satisfação** do utente em relação aos enfermeiros

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Aspetos relacionais	Disponibilidade	20
	Simpatia	17
	Preocupação com o utente	11
	Dedicação ao utente	10
	Boa disposição	5
	Carinho	5
Aspetos profissionais	Conhecimentos/competência	10
	Profissionalismo	7
	Transmitem segurança	3
	Claros na informação dada	2

Relativamente à segunda pergunta: *Em relação aos enfermeiros, quais os fatores que considerou negativos ao longo deste internamento?*, responderam 24 sujeitos, no entanto 13 deles referiram que não havia aspetos negativos a salientar pelo que se excluíram estes questionários, restando apenas 11 o que representa 24% da população em estudo.

Observando a **Tabela 18**, representada em baixo, poderemos vêr que o fator negativo, com mais unidades de enumeração em relação aos aspetos relacionais, diz respeito à antipatia demonstrada pelos enfermeiros. Relativamente aos aspetos estruturais, o fator negativo com maior enumeração foi o ruído excessivo existente no serviço. No que diz respeito aos aspetos profissionais, apesar de em cada Unidade de registo existir apenas uma unidade de enumeração, considera-se ser de grande importância a valorização das duas primeiras, pelo facto de poderem colocar em causa a segurança do doente.

Tabela 18 - Distribuição das Unidades relativamente aos **fatores que o utente considerou negativos** ao longo do internamento

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Aspetos Relacionais	Antipatia	3
	Pouca comunicação por parte de alguns enfermeiros	2
Aspetos estruturais e ambientais	Existência de ruído excessivo	5
	Más condições da casa de banho	2
	Existencia de luz muito forte durante a noite	1
Aspetos profissionais	Falta de assepsia	1
	Troca de medicação	1
	Pouca informação aos familiares	1

No que diz respeito à terceira e última pergunta : *Quais as suas sugestões para melhorar os aspetos que considera negativos?* Dos 46 sujeitos que constituem a população, responderam 14 utentes, o que corresponde a 30 %.

Conforme podemos observar na **Tabela 19**, que em baixo se representa, podemos verificar que o maior número de sugestões dizem respeito a aspetos estruturais e ambientais. A unidade de registo com maior enumeração está relacionada com a *melhoria das condições da casa de banho*.

Em relação aos aspetos diretamente relacionados com a atuação dos enfermeiros, as unidades de registo referidas são: *Melhorar a comunicação com os utentes e dar mais atenção à família*.

Tabela 19 - Distribuição das Unidades relativamente às sugestões **para melhorar os aspetos considerados negativos**

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de enumeração
Aspetos estruturais e ambientais	Melhorar as condições da casa de banho	3
	Colocar a televisão a funcionar na enfermaria	2
	Limpeza mais assidua da casa de banho	1
	Manter apenas uma luz de presença durante a noite	1
Aspetos relacionais	Melhorar a comunicação com os utentes	2
	Dar mais atenção á família	1

Capítulo IV – Discussão dos resultados

Apresentados os resultados do estudo, iremos nesta parte dar início à discussão dos aspetos que nos parecem mais relevantes. A lógica e estrutura deste capítulo pretende seguir os objetivos e responder às questões de investigação elaboradas inicialmente.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspectiva dos utentes internados no serviço de Pneumologia I, tendo em conta a sua satisfação.

Para o efeito, após pesquisa da literatura e elaboração do instrumento de colheita de dados, foi aplicado o questionário no dia da alta, aos utentes que se encontravam internados no serviço de Pneumologia e na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios.

A recolha de dados decorreu entre 10 de abril e 10 de Junho de 2012, sendo a população constituída por todos os utentes internados nos referidos serviços e que não obedeciam a nenhum dos critérios de exclusão definidos.

O questionário foi aplicado a 46 utentes, que constituíram a população em estudo. Na escolha da população não foi utilizado nenhum método aleatório pelo que os resultados obtidos não poderão ser alargados a todos os utentes internados, ou seja, as conclusões retiradas dos resultados obtidos, dizem apenas respeito à população desta investigação.

A discussão terá em consideração a revisão apresentada no capítulo do enquadramento conceptual bem como a experiência profissional da autora.

Relativamente à caracterização da população, esta era constituída por 50% de utentes do sexo feminino e 50% de utentes do sexo masculino; tendo a sua maioria, cerca de 60,9%, idade superior a 55 anos. Este resultado já era esperado, dado que a maioria dos utentes internados no Serviço de Pneumologia I são portadores de patologia respiratória crónica com vários anos de evolução. Relativamente ao estado civil, a classe com maior

frequência diz respeito aos utentes casados com 60,9%, estando 50% dos sujeitos inquiridos reformados.

A idade avançada em conjunto com o baixo nível de escolaridade e com a existência de patologia respiratória crónica que leva muitas das vezes a graus de dependência elevados, poderão de alguma forma explicar o pequeno número de questionários recolhidos.

Dos 46 utentes que constituíam a população, 80,4% vivem com familiares, tendo em conta que a maioria dos utentes têm patologia respiratória crónica e que o grau de dependência vai aumentando ao longo do tempo, este aspeto poderá ser positivo, no sentido de haver maior possibilidade de apoio familiar em caso de agravamento do estado de saúde dos utentes.

Relativamente ao serviço onde se encontravam internados no período em que decorreu a aplicação dos questionários, a distribuição da população foi muito semelhante, no entanto a pneumologia 9, constituiu a maioria dos utentes com 37%. O tempo de internamento é maioritariamente superior a 5 dias com 91,3%, podendo estar relacionado com a cronicidade da patologia respiratória e com a sua agudização.

Tentámos ainda saber se existia alguma diferença significativa entre o tempo de internamento e o serviço onde os utentes se encontravam. Após tratamento dos dados, verificou-se que a Unidade de Cuidados Intensivos apresentava um ligeiro aumento no tempo de internamento, o que poderá estar relacionado com a gravidade do estado de saúde que geralmente envolve estes utentes.

Tendo em conta a primeira questão de investigação: Qual o grau de satisfação dos utentes internados no serviço de pneumologia I, face aos cuidados de enfermagem? ; obtivemos que 63% dos inquiridos se encontravam muito satisfeitos e 32,6% satisfeitos. Sendo de salientar que nenhum dos utentes referiu estar insatisfeito ou muito insatisfeito.

Na pesquisa efetuada, Rubin (1991); Sobrinho (1996); Gomes et al. (1999) citado por Esperidião (2005), sugerem que os elevados graus de satisfação encontrados nos estudos realizados poderão estar relacionados com o receio

por parte do utente da ocorrência de “represálias” caso haja referência a aspetos negativos ocorridos durante o internamento. Estes autores consideram este receio como o principal fator influenciador da resposta.

Outros autores como Ware (1975); Fitzpatrick (1991) e Ross et al. (1993) citados por Esperidião (2005), referem que os elevados graus de satisfação apresentados nos diversos estudos poderão estar relacionados com a dificuldade de identificar vieses que possam de alguma forma influenciar os resultados. Um dos principais vieses diz respeito à omissão de aspetos negativos como uma atitude de gratidão.

A resposta à segunda questão de investigação: Quais os fatores/características que contribuem para a satisfação dos utentes internados no serviço de Pneumologia I, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados?, teve em conta duas áreas. Os itens contidos no questionário e a pergunta aberta, onde cada utente pode descrever os fatores que influenciaram positivamente a sua satisfação ao longo do internamento.

No que diz respeito aos itens do questionário, foram agrupados em três áreas diferentes: aspetos estruturais e organizacionais, aspetos técnicos e aspetos relacionais.

Ao longo do internamento os utentes referiram ser: *o acolhimento efetuado no serviço pelos enfermeiros no dia do internamento; a limpeza e higiene da enfermaria e a preocupação por parte dos enfermeiros em dar informações sobre o funcionamento do serviço*, como os aspetos estruturais e de organização com os quais ficaram mais satisfeitos.

A *verificação regular por parte dos enfermeiros do estado do utente; os conhecimentos necessários por parte do enfermeiro para a prestação de cuidados e a preocupação em realizar ensinamentos de acordo com os cuidados necessários*, foram os aspetos técnicos com maior grau de satisfação por parte dos utentes internados.

No que diz respeito aos aspetos relacionais, *a importância atribuída à informação dada pelos enfermeiros em relação à medicação e exames; a*

manutenção da privacidade na prestação de cuidados e a disponibilidade do enfermeiro quando era solicitado, foram aqueles que obtiveram maior grau de satisfação ao longo do internamento.

Souza citado por Esperidião (2006), refere a cortezia no tratamento ao utente por parte da equipa, a alimentação, informação, conforto, qualidade dos equipamentos, confiança na equipa, horários de visitas, acessibilidade e privacidade como fatores influenciadores do grau de satisfação.

No entanto considerou-se importante a existência no questionário de uma pergunta aberta onde o utente pudesse descrever livremente, quais os fatores que não estando no questionário, lhe pareciam relevantes e que contribuíram na sua opinião para a sua satisfação ao longo do internamento. Responderam 76% dos sujeitos, considerando como os principais fatores: *a disponibilidade, a simpatia, a preocupação com o utente e os conhecimentos e competência apresentados pelos enfermeiros*. Estes resultados vão ao encontro dos anteriores, dando especial importância aos aspetos que dizem respeito à relação existente entre os enfermeiros e os utentes.

Wysong (2009) no seu estudo *“Patients’ Perceptions of Nurses’ Skill”*, concluiu que a perceção sobre os cuidados dos enfermeiros, estava principalmente relacionada com as dimensões das relações interpessoais e com a atenção demonstrada pelos enfermeiros ao longo dessa mesma prestação, e menos relacionada com os aspetos técnicos da prática dos enfermeiros.

Nogueira (2010) no seu estudo sobre *“A perceção dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem”*, refere que, as competências técnicas e os aspetos relacionados com a comunicação e com as relações interpessoais foram as dimensões mais referidas como funções caracterizadoras dos cuidados de enfermagem.

Para Dorigan (2010:501), dos fatores que influenciam a satisfação do utente, destacam-se aqueles “que envolvem o relacionamento entre profissionais e utentes, o apoio afetivo, as informações fornecidas (...), o controlo da decisão pelo utente e a competência técnica do profissional”. No seu estudo refere que

o domínio da confiança nos enfermeiros foi aquele que mais contribuiu para a satisfação dos utentes.

Indo ainda ao encontro da literatura consultada, Lemme (1991); Abrantes (2009) e Clemente (2008), referem que a comunicação entre profissionais e utentes é um dos fatores que mais contribuiu para a satisfação. A forma como se comunica neste caso prevalesse sobre a qualidade técnica no decorrer da prestação de cuidados.

Dando resposta à terceira questão de investigação: Quais os fatores/características que contribuem para a insatisfação dos utentes internados na Pneumologia I, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados?; consideraram-se as respostas aos itens contidos no questionário e à pergunta aberta onde o utente podia descrever quais os fatores que considerou negativos ao longo do internamento.

Como abordado na literatura e focado anteriormente, não é frequente os utentes referirem aspetos negativos relativamente ao internamento, nomeadamente direcionado aos enfermeiros. Da análise efetuada aos itens do questionário, o único em que os utentes se sentiram menos satisfeitos diz respeito ao dia de comunicação da alta, no entanto este aspeto é interdisciplinar e a decisão da alta clínica diz respeito ao médico. Verificou-se que 29 sujeitos, dos 46 que constituíram a população, tinham sido avisados da alta no próprio dia em que saíram do serviço.

Saultz & Albedaiwi (2004) demonstraram que existe um aumento da satisfação quando existe “a presença do cuidado interpessoal continuado” e Cabana & Jee “revelam que existe uma associação consistente entre continuidade do cuidado e satisfação” do utente principalmente no caso da existência de doenças crónicas. (Citados por Esperidião, 2006:1272).

Tendo em conta que a patologia respiratória crónica é altamente incapacitante e que a maioria dos utentes tem uma idade já avançada, precisando de grande suporte familiar, este aspeto é de extrema importância, pois pode condicionar a continuidade dos cuidados prestados no domicílio quer seja pela família quer

por cuidadores extra familiares, devendo ser trabalhado pela equipa multidisciplinar de forma a evitar eventuais falhas.

Relativamente à pergunta aberta, verificou-se um número de respostas bastante baixo. Quando solicitados apenas responderam 24% dos sujeitos, referindo a *antipatia de alguns enfermeiros*; a *existência de ruído excessivo*; as *más condições das casas de banho* e a *pouca comunicação por parte dos enfermeiros* como os aspetos negativos ocorridos ao longo do internamento.

Apesar dos resultados encontrados, tentámos perceber se existia uma correlação entre o grau de satisfação e os fatores que o podem influenciar e que se encontravam no questionário. Após a criação das 3 novas variáveis (aspetos estruturais e de organização, aspetos técnicos e aspetos relacionais), calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman que mede a intensidade da relação entre variáveis.

Concluímos que apenas os aspetos estruturais e de organização apresentavam uma ligeira correlação positiva relativamente ao grau de satisfação, no entanto, e apesar de todos os utentes apresentarem um grau de satisfação positivo relativamente ao internamento, essa satisfação não é significativamente influenciada pelos aspetos contidos nas três dimensões apresentadas no questionário.

Este facto poderá eventualmente estar relacionado com o número diminuto de sujeitos que constituíram a população desta investigação, sugerindo-se a realização de estudos com uma população mais alargada.

Após a análise dos resultados e a sua discussão, considerámos que os utentes internados durante o período em que decorreu a investigação, estavam satisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros. No entanto foram apontados aspetos menos positivos que deverão ser considerados, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e que farão parte do plano de intervenção socio-organizacional apresentado posteriormente.

Capítulo V - Conclusão

Existe cada vez mais, uma maior valorização da qualidade por parte das instituições de saúde. A implementação de sistemas de gestão da qualidade, que contribuem para a implementação de processos e consequentemente para a melhoria contínua dos serviços prestados, são uma realidade, levando cada vez mais em conta a opinião dos utentes através da avaliação da sua satisfação.

Ao longo desta investigação avaliou-se a qualidade dos cuidados de enfermagem através da satisfação dos utentes no momento da alta. Pretendemos saber quais os fatores que poderiam influenciar de modo positivo o seu grau de satisfação, assim como os fatores negativos que ocorreram ao longo do internamento.

Concluimos que o grau de satisfação da população deste estudo, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do internamento, é bastante elevado com 63% de utentes muito satisfeitos e 32,6% satisfeitos. Salientando que não houve nenhum utente que estivesse insatisfeito ou muito insatisfeito com os referidos cuidados.

Trata-se de uma população em que a maioria tem idade superior a 55 anos de idade, com um nível de escolaridade relativamente baixo, e em que 50% se encontram reformados.

Os fatores que consideraram mais satisfatórios ao longo do internamento dizem respeito ao acolhimento efetuado no dia do internamento, aos conhecimentos demonstrados pelos enfermeiros para a prestação de cuidados, assim como, a disponibilidade e preocupação por parte dos enfermeiros relativamente aos cuidados prestados e aos ensinamentos efetuados com vista à continuidade dos mesmos no domicílio.

Relativamente aos fatores negativos que ocorreram ao longo do internamento, os utentes consideraram o ruído e as condições das instalações sanitárias como os aspetos estruturais e de organização que menos contribuíram para a sua satisfação.

Esta investigação revelou ainda que 69,6% dos utentes tiveram conhecimento da alta no próprio dia, o que não está de acordo com o esperado de um serviço de internamento. Apesar da alta clínica ser da responsabilidade médica, existem outros profissionais que intervêm na mesma, trabalhando e unindo esforços para minimizar a quebra na continuidade dos cuidados.

Os enfermeiros têm um papel de extrema importância, nomeadamente nos ensinamentos efetuados, que exigem uma preparação cuidada, pois são momentos de aprendizagem para os utentes e famílias.

Sugere-se assim, a necessidade de intervenção a nível da equipa multidisciplinar, no sentido da sua sensibilização para a necessidade de alterar esta prática, unindo esforços entre as várias classes profissionais em prol da melhoria dos cuidados e da maior satisfação dos utentes.

Este estudo apresenta limitações que poderão condicionar alguns dos resultados. Sendo uma investigação em âmbito académico, uma das maiores limitações diz respeito ao tempo para a sua concretização, que condicionou o número de respondentes.

Tendo em conta as questões de investigação formuladas inicialmente, considerámos ter atingido os objetivos propostos para esta investigação. Através das conclusões apresentadas poderemos construir um programa para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, melhorando a intervenção profissional por parte dos enfermeiros e consequentemente do próprio serviço, ficando mais perto daqueles que são os utilizadores das instituições de saúde.

Plano de intervenção socio-organizacional para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados num serviço de Pneumologia de um Hospital Universitário de Lisboa

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelas instituições de saúde, depende da melhoria dos diversos processos organizacionais onde todos estão envolvidos, quer profissionais quer utentes.

Dando voz aos utentes, estamos a promover uma maior proximidade entre os cidadãos e os profissionais, valorizando a sua opinião e indo ao encontro das suas expectativas e necessidades.

A investigação apresentada, pretendeu estudar o grau de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, prestados ao longo do internamento, dando espaço para que os mesmos pudessem dar sugestões que considerassem importantes para melhorar os aspetos menos positivos.

Tendo em conta os resultados deste estudo, construímos um plano de intervenção (**Tabela 20**), onde serão apresentados os problemas detetados, o diagnóstico efetuado e as intervenções para melhorar os aspetos negativos.

Tabela 20 – Plano de Intervenção Socio-Organizacional para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na Pneumologia I

Áreas de intervenção	Diagnóstico Problemas detetados	Intervenção
Comunicação entre enfermeiros / utente e família deficiente	Antipatia por parte de alguns enfermeiros para com os utentes Pouca comunicação por parte de alguns enfermeiros com o utente e família	<ul style="list-style-type: none"> - Formação específica na área da comunicação para os enfermeiros - Sensibilização dos enfermeiros para a importância de demonstrarem disponibilidade para o atendimento às famílias - Envolvimento do superior hierárquico
Necessidade de preparação para a alta desde o início do internamento	Informação sobre a alta no próprio dia	<ul style="list-style-type: none"> - Superiores hierárquicos motivados para a importância do momento da alta - Reuniões ao longo do internamento entre as classes profissionais envolvidas na alta (médicos, enfermeiros, assistente social) - Implementação de programa que envolva a família e a comunidade ao longo do internamento, com vista à continuidade dos cuidados.

(continuação)

Áreas de intervenção	Diagnóstico Problemas detetados	Intervenção
Aspetos estruturais e de organização desadequados	<p>Ruído excessivo</p> <p>Existência de luz muito forte durante a noite</p> <p>Más condições das instalações sanitárias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formação específica na área comportamental para todas as classes profissionais - Manter apenas luz de presença durante a noite - Demonstrar à gestão de topo com dados objetivos (reclamações) a necessidade de efetuar obras nas instalações sanitárias
Ocorrência de eventos adversos	<p>Falta de assépsia</p> <p>Troca de medicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formação dos profissionais com enfoque nos vários aspetos que envolvem a segurança do doente: - controlo da infeção - erro terapêutico - identificação de utentes -avaliação do risco de úlceras de pressão - Criar mecanismos de notificação de eventos adversos

Bibliografia

ABRANTES, M. (2009). Satisfação dos utentes do Centro de saúde de Ovar face aos cuidados de enfermagem. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau Licenciada em Enfermagem. Recuperado em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1599>

ADAMI,N. & MARANHÃO, A. (1995). Qualidade dos serviços de saúde:conceitos e métodos avaliativos. Ata Paul Enferm, 8(4), 47-54. Recuperado em http://www.unifesp.br/denf/ata/1995/8_4/pdf/art5.pdf

ALVES, M. (2007). O serviço de atendimento permanente- satisfação dos utentes com a assistencia de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto – Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar. Porto. Recuperado em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7148/2/Tese%201%C2%AA%20Parte.pdf>

ASPINAL, F. et al. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. Journal of Advenced Nursing, 42(4), 324-339

BOSI,M.& UCHIMURA, K. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. Rev. Saúde Pública,41(1), 150-3. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>

CARMAGNANI, M. et al. (2008). Avaliação da satisfação do paciente atendido no hospital São Paulo. RSA, 10 (39), 61-64. Recuperado em <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGO39b.pdf>

CARMO, H. & FERREIRA, M. (1998). Metodologia da investigação- Guia para auto aprendizagem.Lisboa: Universidade Aberta

CARVALHO, J. (2010). Percursos e evolução da Enfermagem em Portugal. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde/ Escola

Superior de Saúde. Porto. Recuperado em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1862/2/PG_17193.pdf

CAVALEIRO, A. & TEIXEIRA, J. (1999). Satisfação dos cuidadores de doentes de Alzheimer em relação à qualidade dos cuidados de saúde hospitalares. *Análise psicológica*. Notas de investigação, 370-373. Recuperado em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n2/v17n2a14.pdf>

CLARKE, M. (1977). *Enfermagem Geral I*. Mem Martins: Publicações Europa América

CLEMENTE, D. (2008). A influência da gestão de recursos humanos e organização do trabalho dos enfermeiros na prática dos cuidados que prestam aos utentes, no período perioperatório, e o grau de satisfação destes com esses cuidados. 6º Curso de Mestrado em Intervenção Socio Organizacional na Saúde. Universidade de Évora. Évora

DORIGAN, G. & GUIARDELLO, E. (2010). Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. *Ata Paul Enferm*, 23 (4), 500-5005. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/09.pdf>

ESPERIDIÃO, M. & TRAD, L. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciências e Saúde Coletiva*, 10(sup), 303-312. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>

ESPERIDIÃO, M. & TRAD, L. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>

FEKETE, M.C. (2000). A qualidade na prestação do cuidado em saúde- Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: OPAS, 51-57. Recuperado em http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Qualidade_na_prestacao_do_cuidado_em_saude/53

FERNANDES, M.(2009). Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes- contributo para a gestão da qualidade na saúde. Coimbra: Formasau.

FERNANDES, S.A. (2008). A satisfação do doente com a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Hospital Cuf Descobertas. 10º Curso de Mestrado em saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa/ENSP. Lisboa.

FERREIRA,J. & NEVES, J. & CAETANO, A. (2001). Manual de psicologia das organizações. Lousã: Mc Graw Hill

FERREIRA,M., PONTES, M. & FERREIRA, N. (2009). Cuidar em Enfermagem-perceção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, 6, 358-366. Recuperado em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf

FERREIRA, P. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde.Revista Crítica de Ciências Sociais,33, 93-109. Recuperado em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/11712>

FERREIRA, P.(2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários.Rev Port Clinica Geral,16,53-62. Recuperado em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=705

FORTIN, M. (2000). O processo de Investigação.Lisboa:Lusociência.

GHIGLIONE, P. e MATALON, B. (2001). O inquérito sociológico-teoria e prática. 4ª edição. Oeiras:Celta.

GOMES,P.(2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. Cadernos Bad, Associação Portuguesa de Bibliotecários Arquivistas e Documentalistas.6-18 recuperado em <http://eprints.rclis.org/handle/10760/10401>

GONÇALVES,O. (2003). Formação e mudança de atitude-textos de apoio à docência, UTAD, Vila Real, Recuperado em <http://psicologiaefilosofia.no.sapo.pt/docs-ps6.html> consultado em 6/12/2011

HASLOCK,I. (1996). Quality of care and patient satisfaction. British Journal of Rheumatology, 35, 382-384. Recuperado em <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/35/4/382.full.pdf>

HILL,M. e HILL, A. (2012). Investigação por questionário. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo

HOEMAN, S. (2000). Enfermagem de Reabilitação. 2ª edição. Loures: Lusociência

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde-a satisfação do usuário. Cad. Saúde Pública, 14 (3), 623-628. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n3/0100.pdf>

LEMME,A., NORONHA,G. & RESENDE,J. (1991). A satisfação do usuário em Hospital Universitário. Rev.Saúde Pública, 25(1), 41-46. Recuperado em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v25n1/09.pdf>

LOPES,J. et al. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. Ata Paul Enferm, 22 (2), 136-41. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a04v22n2.pdf>

MARTIN, V. & HERDERSON, E. (2004). Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais. Lousã: Monitor

MARTINEZ,L. e FERREIRA,A. (2010). Análise de dados com SPSS-Primeiros passos. 3ª edição. Lisboa: Escolar Editora

MORET, I. et al. (2007). Evidence of non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. International Journal for Quality in Health Care,

19 (6), 382-389. Recuperado em <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/382.full.pdf+html>

NATHORST-BOOS, et al. (2001). Na evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (3), 257-264. Recuperado em <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/13/3/257.full.pdf>

NOGUEIRA, C. (2010). O outro olhar (sobre os enfermeiros)-Perceção dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e cuidados de enfermagem. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Recuperado em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26915/2/O%20outro%20olhar%20sobre%20os%20enfermeiros%20final.pdf>

NOGUEIRA, M. (1990). História da Enfermagem. 2ª edição. Porto: Edições Salesianas

OE. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento Conceptual-Enunciados Descritivos. Lisboa : OE

OE.(2005).Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Rev. Ordem dos Enfermeiros*,16,52

OLIVEIRA, A. & GUIRARDELLO, E. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev.Esc Enferm USP*, 40 (1), 71-77. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a09v40n1.pdf>

OLIVEIRA, E. et al. (2003). Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. *Revista Diálogo Educacional*,v.4 n.9 , maio/agosto. Recuperado em <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?dd1=637&dd99=view>

OLIVEIRA,O. et al. (2004). Gestão da qualidade. São Paulo: Thomson

POLIZER,R. & D'INNOCENZO,M. (2006). Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. Rev. Bras Enferm, 59 (4), 548-51. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a14v59n4.pdf>

RAHMQVIST, M. & BARA, A. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. Internactional Journal for Quality in Health Care, 22(2), 86-92. Recuperado em <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/2/86.full.pdf>

RIBEIRO, A. (2005). O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. Rev. Ordem dos Enfermeiros,16,53-60

RUBIN, H & WU, A. (1991). Patient satisfaction: Its importance and how to measure it. New York: Elsevier Science Publishing Company

SANTOS, G. (2009). Satisfação e qualidade: A visão dos utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória. Dissertação de mestrado em gestão de serviços de saúde. Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro. Vila Real

SERAPIORI, M. (2009). Avaliação da qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Rev. Crítica de Ciências Sociais,85, 65-82. Recuperado em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf

SILVA, A.,VARANDA, j. & NOBREGA,S. (2004). Alquimia de qualidade na gestão dos hospitais.Cascais:Principia

SILVA, L. & FORMIGLI, V. (1994). Avaliação em saúde: Limites e perspetivas. Cad. Saúde Pública, 10(1), 80-91. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>

SOUSA, P., et al. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. Rev. Portuguesa de Saúde Pública,7, 57-65. Recuperado em

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/setor-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico7-2008-administracao-hospitalar/E-03-2008.pdf>

SUÑOL, R . (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly,83(4), 691-729.Recuperado em <http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>

TAVARES, D. (2007). Escola e identidade profissional - O caso dos técnicos de cardiopneumologia. Lisboa: Edições Colibri

VAITSMAN, J. & ANDRADE, G. (2005). Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.Ciências & Saúde Coletiva,10(3), 599-612. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>

WESTAWAY, M. et al. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction:the moderating effects of health status. International Journal for Quality in Health Care, 15 (4), 337-344. Recuperado em <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/4/337.full.pdf+html>

WORTHINGTON, C. (2005). Patient satisfaction with health care: Recent theoretical developments and implications for evaluation practice. The Canadian Journal of Program Evaluation, 20 (3), 41-63. Recuperado em <http://www.evaluationcanada.ca/secure/20-3-041.pdf>

WYSONG,P. & DRIVER,E.(2011). Patients' Perceptions of Nurses' Skill. Critical Care Nurse, 29 (4), 24-35. Recuperado em <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/4/24.full.pdf>

ANEXOS